

**CARACTERÍSTICAS SOCIAIS ASSOCIADAS AO PERFIL DE MORBIMORTALIDADE
PSQUIÁTRICA EM MUNICÍPIOS COM COMUNIDADES INDÍGENAS E QUILOMBOLAS**

**SOCIAL CHARACTERISTICS ASSOCIATED WITH THE PSYCHIATRIC MORBIDITY AND
MORTALITY PROFILE IN MUNICIPALITIES WITH INDIGENOUS AND QUILOMBOLA
COMMUNITIES**

Magda Dimenstein

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Psicologia, Natal, RN, Brasil
magda.dimenstein@ufrn.br

Brisana Índio do Brasil de Macêdo Silva

Universidade Federal do Ceará, Departamento de Psicologia, Fortaleza, CE, Brasil
brisanaindio@gmail.com

Victor Hugo Belarmino

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Psicologia, Natal, RN, Brasil
victorbelarmino1992@gmail.com

Jáder Leite

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Psicologia, Natal, RN, Brasil
jaderfleite@gmail.com

Saulo Luders Fernandes

Universidade Federal de Alagoas, Departamento de Psicologia, Maceió, AL, Brasil
saupsico@gmail.com

João Paulo Macedo

Universidade Federal do Delta do Parnaíba, Departamento de Psicologia, Parnaíba, PI, Brasil
jampamacedo@gmail.com

Ana Carolina Rios Simoni

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Psicologia, Natal, RN, Brasil
carolina.rios@ufrn.br

Telmo Mota Ronzani

Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Psicologia, Juiz de Fora, MG, Brasil
tm.ronzani@gmail.com

Mayara Gomes Fontenele

Universidade Federal do Delta do Parnaíba, Departamento de Psicologia, Parnaíba, PI, Brasil
may.fontenele@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se analisar as características sociais associadas ao perfil de morbimortalidade psiquiátrica de 126 municípios brasileiros com presença de comunidades indígenas e quilombolas entre 2010 e 2021. Método: estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com base nos dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE, do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, do Sistema de Informação sobre Mortalidade e da Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Os dados foram processados segundo região, porte e Comissão Intergestores Regional a que pertence o município e distribuídos entre a população autodeclarada preta, parda e indígena. Resultados: os 126 municípios apresentaram um quadro mais desfavorável que o nacional com aumento do tempo médio/dias de internação por transtornos mentais e comportamentais, da taxa dos óbitos por uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, tentativas de suicídio por intoxicação exógena e de violência interpessoal e autoprovocada. Os de pequeno porte com baixa retaguarda assistencial ganharam destaque. A população preta e indígena ficou em evidência em vários indicadores. Conclusões: o perfil de morbimortalidade psiquiátrica está

associado a marcadores de classe, raça e gênero, às vulnerabilidades sociais e ao racismo enfrentados pelas populações moradoras destes municípios.

Palavras-chave: Transtornos Mentais e Comportamentais. Populações Tradicionais. Marcadores Sociais da Diferença. Desigualdades em Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the social characteristics associated with the psychiatric morbidity and mortality profile of 126 Brazilian municipalities with indigenous and quilombola communities between 2010 and 2021. Method: a descriptive study with a quantitative approach, based on data from the 2010 Census of the Brazilian Institute of Geography and Statistics/IBGE, the Hospital Information System of the Unified Health System, the Mortality Information System and the Violence and Accident Surveillance of the Notifiable Diseases Information System. The data was processed according to region, size and Regional Interagency Commission to which the municipality belongs and distributed among the self-declared black, brown and indigenous population. Results: the 126 municipalities presented a more unfavorable picture than the national one, with an increase in the average time/days of hospitalization for mental and behavioral disorders, the rate of deaths due to the use of alcohol and other psychoactive substances, suicide attempts due to exogenous intoxication and interpersonal and self-inflicted violence. Small hospitals with poor health care services stood out. The black and indigenous population stood out in several indicators. Conclusions: the psychiatric morbidity and mortality profile is associated with class, race and gender markers, social vulnerabilities and racism faced by the populations living in these municipalities.

Keywords: Mental and Behavioral Disorders. Traditional Populations. Social Markers of Difference. Health Inequalities.

INTRODUÇÃO

As desigualdades sociais e iniquidades em saúde estão diretamente associadas aos impactos negativos na saúde mental e fazem parte da complexa trama que condiciona os variados perfis de morbimortalidade psiquiátrica. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), a injustiça social e a pobreza são as grandes causas para as desigualdades que interferem direta e indiretamente nas condições de saúde e doença das populações. Isso está relacionado ao não acesso a bens e políticas, à exclusão social, indigência, desfiliação, fragilização de laços sociais, violência e destruição ambiental, aspectos que repercutem nas dinâmicas familiares, na reprodução intergeracional das condições de vida e na falta de mobilidade social. Em cenários de desigualdades há grupos populacionais que são mais ou menos expostos a riscos para o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais e comportamentais (TMC), isto é, ficam mais vulneráveis ao sofrimento psíquico.

Partindo-se do pressuposto da Determinação Social da Saúde Mental (Dantas *et al.*, 2020), isto é, de que a saúde mental é multifacetada e vinculada às configurações sociais e culturais que condicionam as formas de viver e adoecer de uma população, entende-se que esta complexa rede de determinações precisa ser compreendida através dos marcadores sociais da diferença. Isso significa que o gênero, raça/etnia, classe social, sexualidade, interação sinergicamente entre si, impactando diretamente no processo saúde-doença-cuidado.

Em razão disto, diferentes perfis de morbimortalidade psiquiátrica vão se delineando como efeito do entrelaçamento desses marcadores, bem como pela sua associação com as desigualdades, injustiças e discriminação presentes nos contextos de vida que geram deterioração das condições gerais de saúde da população. Nesse sentido, o perfil de internação, as categorias diagnósticas/morbidade, os padrões de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais apresentam variadas configurações em diferentes contextos, regiões do país e entre grupos populacionais específicos, a exemplo dos povos e comunidades tradicionais. De acordo com a Política Nacional de

Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais instituída pelo Decreto nº 6.040/2007, os diferentes grupos inseridos nesta categoria, tais como indígenas e quilombolas, se caracterizam, dentre outros aspectos, por seu conhecimento ancestral, pelo forte vínculo com o território, pela diversidade religiosa e cultural e por organização social própria.

Tais populações têm sido historicamente discriminadas. Em sua maioria vivem em comunidades localizadas em zonas rurais de pequenos municípios, que reúnem alto percentual de moradores dependentes de programas de transferência de renda, com baixo nível de escolarização e condições de trabalho precarizadas (Dimenstein et al., 2022). Dessa forma, são populações que vivem em contextos que apresentam alta vulnerabilidade psicossocial/ambiental, insegurança fundiária, com grande concentração de extrema pobreza e com menor cobertura e baixo acesso a serviços de saúde e de assistência social (Dimenstein et al., 2021).

A literatura tem apontado para variados problemas que atingem estas populações, tais como: número cada vez mais elevado de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas em contextos rurais em toda a América Latina e Caribe (Rodrigues; Ronzani, 2021); aumento de internações psiquiátricas por este motivo nos últimos dez anos; condições desfavoráveis de saúde mental das populações indígenas e quilombolas e vazios assistenciais existentes nas áreas rurais do Brasil (Leite et al., 2023); incongruências das políticas públicas direcionadas à saúde das populações tradicionais, em particular, a Política de Atenção Integral em Saúde Mental (PAISM), a qual não tem uma diretriz estabelecida para estas populações, cujo pertencimento étnico-racial e especificidades culturais geram demandas particulares de atendimento nos casos de sofrimento psíquico (Brasil, 2022; Tavares; Jesus Filho; Santana, 2020).

No âmbito da PAISM, pouco se tem problematizado na direção interseccional (Collins; Bilge, 2021), que permite verificar as interações dos marcadores sociais nos processos saúde-doença-cuidado, bem como os efeitos dos racismos na produção de sofrimento psíquico. Temos negligenciado os obstáculos enfrentados por determinados grupos sociais aos cuidados em saúde mental condicionados por diferenças de classe, raça, gênero, território, de forma que o perfil das ofertas de cuidado - que se expressa nos procedimentos realizados pelas equipes e, portanto, no modelo de atenção vigente - apresenta dissonâncias quando se trata de adaptar-se às especificidades das necessidades de saúde em determinado território. Há uma dificuldade em compreender os percursos de cuidado presentes nestes territórios, tanto no reconhecimento das práticas de saúde populares experienciada por estas populações, quanto pelas dificuldades e negligências no acesso aos serviços de saúde (Gomes; Gurgel; Fernandes, 2022)

Diante da relevância do tema e de que ainda são precários os subsídios de abrangência nacional que permitem dimensionar o impacto das desigualdades na produção de sofrimento psíquico e os obstáculos enfrentados por determinados grupos sociais aos cuidados em saúde mental, produzidos nas interseções de raça, gênero e território, dentre outros marcadores sociais, este artigo objetivou analisar as características sociais associadas ao perfil de morbimortalidade psiquiátrica em municípios brasileiros com presença de comunidades indígenas e quilombolas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo sobre o perfil de morbimortalidade psiquiátrica em municípios brasileiros com comunidades indígenas e quilombolas. Para a identificação destes municípios, utilizaram-se informações do site eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística com base nos dados do Censo IBGE 2010 para a identificação dos municípios com comunidades indígenas e da Fundação Cultural Palmares para os municípios com comunidades quilombolas, tendo como referência o ano de 2020. No momento da construção do banco de dados, estes anos eram os mais recentes disponíveis.

Para o levantamento dos indicadores de saúde mental utilizou-se diferentes bases de dados disponíveis em domínio público: I. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) – levantamento das internações hospitalares por TMC, tempo médio de permanência, óbito hospitalar por TMC e a lista de morbidades do CID-10, distribuídas em oito categorias: 1) demências; 2) TMC devido ao uso de álcool; 3) TMC devido ao uso de outras substâncias

psicoativas; 4) esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes; 5) transtornos de humor [afetivos]; 6) transtornos neuróticos, transtornos relacionados com stress e somatoformes; 7) retardo mental e 8) outros transtornos mentais e comportamentais; II. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) – registros de óbito da população geral em TMC, óbito devido ao uso de substância psicoativa, óbito devido ao uso de álcool e óbitos por suicídio, cujas causas básicas foram classificadas como lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), intoxicação exógena de intenção indeterminada (Y10 a Y19) e sequela de lesões autoprovocadas intencionalmente (Y87.0); III. Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan) – registros dos casos de tentativa de suicídio por intoxicação e dos casos de violência interpessoal e autoprovocada. Para extração dos dados, considerou-se o recorte temporal de 2010 a 2021, os registros por município de residência e a distribuição dos casos por sexo e raça/cor.

Os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21. As unidades de análise foram, no caso por Regiões do país – Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul; Porte – classificação dos municípios nas categorias pequeno (municípios com menos de 50.000 habitantes); médio pequeno (50.000 a 99.999); médio (100.000 a 299.999); médio grande (300.000 a 499.999); e grande porte (acima de 500.000) (Brasil, 2011); Comissão Intergestores Regional/CIR – Grupo 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços); Grupo 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços); Grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços); Grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços) e Grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços) (Viana *et al.*, 2015); Sexo – feminino e masculino; e Raça/Cor – considerou-se somente parda, preta e indígena, tendo em vista o foco do estudo. Destacamos que os registros dos casos distribuídos por raça/cor referem-se à totalidade da população autodeclarada no município. Não se trata de moradores de comunidades indígenas e quilombolas, uma vez que não é possível identificá-los com tal especificidade nas bases de dados disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Da mesma forma, como não há dados disponíveis sobre identidade de gênero e orientação sexual, usamos a variante sexo, mas isto demonstra a invisibilidade de certos grupos nas políticas de saúde.

Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais dos indicadores em saúde mental. Além disso, as taxas para cada 100 mil habitantes, utilizando as estimativas populacionais do Censo IBGE 2010 para a população geral, sexo e raça/cor. A fórmula utilizada para o cálculo das taxas foi: o número de casos e/ou óbitos registrados em um determinado período de tempo dividido pelo total da população estimada da respectiva região ou município, multiplicado por 100.000. Este artigo utilizou dados secundários disponíveis em sites oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, não se enquadrando nos parâmetros previstos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, dispensando aprovação por conselho de ética em pesquisa. Contudo, enquanto recorte de uma pesquisa mais ampla, recebeu aprovação pelo Comitê de Ética.

RESULTADOS

No Brasil, dentre os 5.570 municípios, há 126 que possuem comunidades indígenas e quilombolas oficialmente certificadas em sua área territorial. Regionalmente, estão distribuídos de forma desigual, com predominância no Nordeste (63 municípios), seguido do Sudeste (27 municípios), Norte (14 municípios), Centro Oeste (12 municípios) e Sul (10 municípios). Em termos do perfil de morbimortalidade psiquiátrica, este grupo de 126 municípios não apresenta diferenças relevantes em relação ao perfil nacional. Apesar das similaridades, registra algumas particularidades que serão exploradas neste trabalho. Para melhor compreensão dos resultados será apresentado primeiramente um breve panorama nacional para em seguida situar os resultados relativos aos 126 municípios. Dado o foco do trabalho, no quesito raça/cor, foram priorizados os resultados referentes à população preta, parda e indígena.

Entre 2010 e 2021, foram registradas em todo o Brasil 2.844.257 internações hospitalares por TMC. Destas, 937.410 (32,95%) correspondem às internações distribuídas entre os 3 grupos raciais: 774.232 pardas (27,22%), 161.947 pretas (5,69%) e 1.231 indígenas (0,04%).

Em nível nacional, conforme a Tabela 1, os principais diagnósticos de internação por TMC entre a população preta, parda e indígena foram: Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Delirantes, seguido de TMC devido ao uso de álcool, TMC devido ao uso de outras substâncias psicoativas e Transtorno de humor/afetivos. Maiores detalhes, ver Tabela 1.

Tabela 1 – Taxa de Morbidade hospitalar por raça/cor no Brasil, por 100 mil/habitantes				
LISTA DE MORBIDADES CID-10	PRETA	PARDA	INDÍGENA	BRASIL
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	533,54	354,66	60,19	428,44
TMC devido ao uso de álcool	520,00	277,75	37,12	401,66
TMC devido ao uso de outras substâncias psicoativas	371,19	223,32	56,60	256,56
Transtorno de humor/afetivos	278,71	217,06	42,84	339,07
Outros TMC	126,21	76,36	5,54	108,83
Retardo mental	49,14	36,35	0,31	46,60
Demência	43,34	20,00	1,09	31,44
Transtornos neuróticos, relacionados com stress e somatoformes	19,46	17,06	13,56	33,61

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SIH-SUS, SIM e VIVA/Sinan.

Considerando a variável Sexo (Tabelas 2 e 3), os homens registraram percentuais superiores às mulheres quanto às internações por TMC, sendo responsáveis por 1.785.815 (62,78%) e 105.844 (37,22%) do total em nível nacional, respectivamente. Registraram taxas mais elevadas em quase todas as categorias diagnósticas, especialmente em Esquizofrenia e naquelas relacionadas ao uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, ao passo que as mulheres se destacam nos transtornos de humor/afetivos.

Tabela 2 – Taxa de morbidade hospitalar por sexo no Brasil, por 100 mil/habitantes			
LISTA DE MORBIDADES CID-10	FEMININO	MASCULINO	BRASIL
Demência	29,50	33,66	31,44
TMC devido ao uso de álcool	86,26	712,78	401,66
TMC devido ao uso de outras substâncias psicoativas	107,43	407,32	256,56
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	338,65	518,39	428,44
Transtorno de humor/afetivos	450,20	230,62	339,07
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com stress e somatoformes	40,07	27,23	33,61
Retardo mental	35,05	57,78	46,60
Outros TMC	100,18	117,86	108,83

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SIH-SUS, SIM e VIVA/Sinan.

Correlacionando Sexo com outras categorias que compõem o perfil de morbimortalidade psiquiátrica (tempo médio de internação, óbito hospitalar por TMC, óbito geral por TMC, óbito por uso de substância psicoativa, óbito por uso de álcool, suicídio, tentativa de suicídio por intoxicação exógena, violência interpessoal e autoprovocada), observa-se que os homens só registraram taxas menos elevadas que as mulheres em Tentativa de suicídio por intoxicação exógena e em Violência interpessoal e autoprovocada.

Tabela 3 – Taxa de morbimortalidade psiquiátrica por sexo e nos municípios brasileiros, por 100 mil/habitantes

MORBIMORTALIDADE PSIQUIÁTRICA	FEMININO	MASCULINO	BRASIL
Internação para casos de TMC	1084,50	1939,54	1511,83
Tempo médio de internação por TMC (dias)	33,38	36,09	35,32
Óbito hospitalar por TMC	10,70	22,28	16,47
Óbito geral por TMC	40,79	145,17	93,35
Óbito por uso de substância psicoativa	20,41	129,05	75,10
Óbito por uso de álcool	12,50	110,98	62,09
Suicídio	42,21	165,15	104,23
Tentativa de suicídio por intoxicação exógena	424,53	161,78	292,31
Violência interpessoal e autoprovocada	1996,51	816,58	1400,96

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SIH-SUS, SIM e VIVA/Sinan.

Em termos de Raça/Cor (Tabela 4), observa-se que nos municípios brasileiros a população preta registra índices mais desfavoráveis: taxa de internação por TMC superior a nacional, tempo médio de internação de 48,58 dias e taxas mais altas em quase todas as categorias indicadas anteriormente na Tabela 1.

Tabela 4 – Taxa de Morbimortalidade psiquiátrica por raça/cor no Brasil, por 100 mil/habitantes

MORBIMORTALIDADE PSIQUIÁTRICA	PRETA	PARDA	INDÍGENA	BRASIL
Internação para casos de TMC	1787,40	1127,48	247,30	1511,83
Tempo médio de internação por TMC (dias)	48,58	36,45	23,78	35,32
Óbito hospitalar por TMC	14,57	12,01	0,85	16,47
Óbito geral por TMC	181,82	0,94	154,96	93,35
Óbito por uso de substância psicoativa	164,54	0,61	145,37	75,10
Óbito por uso de álcool	142,61	0,49	130,87	62,09
Suicídio	106,56	0,81	135,84	104,23
Tentativa de suicídio por intoxicação exógena	385,61	6,84	989,14	292,31
Violência interpessoal e autoprovocada	2328,41	34,77	7380,49	1400,96

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SIH-SUS, SIM e VIVA/Sinan.

Em relação à população indígena, há menos registros de internação psiquiátrica hospitalar no período. Isto pode estar relacionado tanto à crônica subnotificação existente nos sistemas nacionais de informação em relação à variável raça/cor, quanto à falta de acesso destas populações às instituições hospitalares em geral e de saúde mental no país, evidenciando a capilarização do racismo institucional no âmbito da saúde na medida em que não permite determinar o perfil epidemiológico de grupos étnico-raciais (Souza *et al.*, 2024). Apesar disto, dentre estas populações, as taxas referentes a óbito geral por TMC, óbito por substância psicoativa, óbito por uso de álcool, suicídio, tentativa de suicídio por intoxicação exógena e violência interpessoal e autoprovocada são muito mais elevadas do que as nacionais e até de outros grupos raciais, especialmente nos casos de tentativa de suicídio por intoxicação exógena e de violência interpessoal e autoprovocada. Como será discutido mais adiante, estes dados revelam a relação entre a produção de sofrimento psíquico no seio de um projeto biopolítico e necropolítico em curso no país que tem como elemento chave a questão racial.

Quanto à distribuição regional das internações hospitalares por TMC no Brasil observou-se a seguinte classificação: Sul (3467,13 por 100 mil/hab.); Sudeste (1459,26 por 100 mil/hab.); Centro-Oeste (1080,53 por 100 mil/hab.); Nordeste (647,57 por 100 mil/hab.) e Norte (415,00 por 100 mil/hab.). As

regiões Sul e Sudeste registraram também taxas mais elevadas do que a nacional em relação aos óbitos hospitalares por TMC, óbitos gerais por TMC, óbitos por uso de substância psicoativa, tentativa de suicídio por intoxicação exógena, violência interpessoal e autoprovocada, óbitos por uso de álcool (só Sudeste) e suicídio (só Sul). A região Centro-Oeste destacou-se em relação aos óbitos por uso de álcool e de substâncias psicoativas, bem como na taxa de suicídio, ficando acima da taxa nacional, informação que se alinha ao relatório da violência contra os povos indígenas de 2023, na qual a região Centro-Oeste encontra-se com maiores índices de violência e como cenário de violação de direitos em terras indígenas (CIMI, 2024). As regiões Norte e Nordeste ficaram abaixo da taxa nacional em todos os itens, à exceção do tempo médio de internação que foi de 40,12 dias na região Nordeste.

As internações por TMC registram taxas mais elevadas nos municípios de médio/grande (1896,90 por 100 mil/hab.) e grande porte (1634,23 por 100 mil/hab.) do que em municípios de pequeno (1519,01 por 100 mil/hab.) e médio/pequeno (1326,01 por 100 mil/hab.) e médio porte (1533,66 por 100 mil/hab.). Os municípios de grande porte, geralmente capitais dos estados, pertencentes ao Grupo CIR/G5 - alto desenvolvimento econômico e alta oferta de serviços - registraram taxa e tempo de internação mais elevados em nível nacional em razão de possuir um parque hospitalar mais robusto e maior disponibilidade de leitos psiquiátricos e de atenção psicossocial (Macedo *et al.*, 2017).

Contudo, alguns dados chamam atenção em nível nacional nesta série histórica entre 2010 e 2021. Com base no registro de moradia do paciente (capital/municípios do interior), nota-se que os residentes no interior registraram taxas mais altas do que os das capitais, superando, inclusive, as taxas nacionais, quanto ao tempo de internação, óbitos geral e hospitalar por TMC, óbitos por uso de álcool e outras substâncias psicoativas e suicídio. Este resultado provavelmente está associado ao deslocamento forçoso dos moradores destes municípios em busca de internação hospitalar nas capitais e em municípios de maior porte com mais oferta de leitos. Ademais, à falta de retaguarda em termos de atenção à crise em nível local e/ou de dispositivos da RAPS do tipo CAPS III e/ou Unidades de Acolhimento.

Observa-se também que os municípios de pequeno porte com até 50 mil habitantes, os quais representam 89,1% dos municípios brasileiros, geralmente com baixo desenvolvimento sócio econômico e baixa oferta de serviços (Grupo CIR/G1), localizados em sua maioria na região Nordeste (83,13%), estão se destacando com taxas mais elevadas que as nacionais em todos estes itens acima apontados e praticamente se igualaram aos municípios de médio e grande portes em termos de tentativa de suicídio por intoxicação exógena, violência interpessoal e autoprovocada e tempo médio de internação, itens que geralmente ganham destaque em regiões mais desenvolvidas e em municípios maiores. Ainda em termos regionais, nota-se que os municípios que fazem parte do Grupo CIR/G3 - médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços - se destacaram com as taxas mais elevadas e desfavoráveis do território nacional em relação a todos os itens que compõem o perfil de morbimortalidade psiquiátrica. O G3 corresponde a um total de 1.891 municípios, dos quais 43,20% (817 municípios) pertencem à região Sul e 40,72% (770 municípios) ao Sudeste, 7,62% (144 municípios) ao Centro Oeste, 6,98% ao Nordeste (132 municípios) e 1,48% (28 municípios) ao Norte.

Diante deste panorama nacional, a realidade dos 126 municípios com comunidades indígenas e quilombolas aproxima-se em muitos sentidos do quadro apresentado. Este grupo registrou 307.697 internações por TMC 10,81% das internações do país assim distribuídas: 86.948 de pessoas pardas (28,25%), 25.796 pretas (8,38%) e 81 indígenas (0,02%). Os três conjuntamente somam 36,65%, o que corresponde a 112.825 internações. Em relação à distribuição por Sexo (Tabela 6), os homens também registram taxas mais elevadas que as mulheres em quase todos os tipos de TMC, à exceção dos transtornos de humor/afetivos.

Tabela 5 – Taxa de morbimortalidade psiquiátrica por sexo e nos 126 municípios com povos indígenas e quilombolas, por 100 mil/habitantes

MORBIMORTALIDADE PSQUIÁTRICA	FEMININO	MASCULINO	126 MUN.	BRASIL
Internação para casos de TMC	681,94	1220,84	945,77	1511,83
Tempo de internação por TMC (dias)	36,26	37,84	37,11	35,32
Óbito hospitalar por TMC	4,32	10,83	7,55	16,47
Óbito geral por TMC	40,66	153,41	96,88	93,35
Óbito por substância psicoativa	22,54	135,05	78,57	75,10
Óbito por álcool	13,75	117,48	65,41	62,09
Suicídio	31,11	133,72	82,27	104,23
Tentativa de suicídio por intoxicação exógena	421,77	164,80	294,86	292,31
Violência interpessoal e autoprovocada	2187,16	943,42	1570,29	1400,96

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SIH-SUS, SIM e VIVA/Sinan.

Tabela 6 – Taxa de morbidade hospitalar por sexo e nos 126 municípios com povos indígenas e quilombolas, por 100 mil/habitantes

LISTA DE MORBIDADES CID-10	FEMININO	MASCULINO	126 MUN.	BRASIL
Demência	18,89	18,35	18,58	31,44
TMC devido ao uso de álcool	55,36	339,61	195,73	401,66
TMC devido ao uso de outras substâncias psicoativas	66,25	237,64	149,80	256,56
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	273,37	440,80	355,05	428,44
Transtorno de humor/afetivos	209,22	114,87	162,58	339,07
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com stress e somatoformes	16,65	14,23	15,45	33,61
Retardo mental	18,95	38,45	28,46	46,60
Outros TMC	59,29	78,97	68,89	108,83

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SIH-SUS, SIM e VIVA/Sinan.

Considerando os vários aspectos que compõem o perfil de morbimortalidade psiquiátrica, observa-se o seguinte quadro (Tabela 7): a taxa das internações por TMC do total de moradores dos 126 municípios fica bem abaixo da taxa nacional, bem como a dos óbitos hospitalares por TMC e a taxa de suicídio. Porém, olhando mais detidamente, há diferenças significativas em relação a outros aspectos: há um aumento do tempo médio/dias de internação, seja para o total da população, seja para as pessoas dos 3 perfis raciais, com destaque para as de cor preta; aumenta a taxa dos óbitos por uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, também com a população preta em evidência; as taxas de tentativas de suicídio por intoxicação exógena superam o padrão nacional e despontam entre a população indígena; e, por fim, a taxa de violência interpessoal e autoprovocada nesse conjunto de municípios é superior à nacional, mas ganha proporções muito elevadas entre a população preta e mais especialmente entre a indígena.

Características sociais associadas ao perfil de morbimortalidade psiquiátrica em municípios com comunidades indígenas e quilombolas

Magda Dimenstein
Brisana Índio do Brasil de Macêdo Silva
Victor Hugo Belarmino
Jáder Leite
Saulo Lúders Fernandes
João Paulo Macedo
Ana Carolina Rios Simoni
Telmo Mota Ronzani
Mayara Gomes Fontenele

Tabela 7 – Taxa de Morbimortalidade psiquiátrica por raça/cor nos 126 municípios com presença de povos indígenas e quilombolas, por 100 mil/habitantes

MORBIMORTALIDADE PSQUIÁTRICA	PRETA	PARDA	INDÍGENA	126 MUN.	BRASIL
Internação para casos de TMC	1044,71	822,03	69,20	945,77	1511,83
Tempo médio de internação por TMC (dias)	52,45	38,08	43,96	37,11	35,32
Óbito hospitalar por TMC	8,76	5,67	0,01	7,55	16,47
Óbito geral por TMC	142,14	0,88	68,20	96,88	93,35
Óbito por uso de outras substâncias psicoativas	126,28	0,61	61,04	78,57	75,10
Óbito por uso de álcool	102,51	0,58	61,07	65,41	62,09
Suicídio	81,25	0,75	177,88	82,27	104,23
Tentativa de suicídio por intoxicação exógena	271,69	7,44	538,99	294,86	292,31
Violência interpessoal e autoprovoçada	2016,35	29,55	8313,60	1570,29	1400,96

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SIH-SUS, SIM e VIVA/Sinan.

Em termos de morbidade hospitalar (Tabela 8), os principais diagnósticos de internação por TMC entre a população preta, parda e indígena nos 126 municípios coincidem com o padrão nacional: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, seguido de TMC devido ao uso de álcool, TMC devido ao uso de outras substâncias psicoativas e Transtorno de humor/afetivos. Destaca-se a taxa de esquizofrenia entre a população preta frente à parda e indígena, bem como ao perfil do conjunto de municípios com populações tradicionais e ao padrão nacional.

Tabela 8 – Taxa de Morbidade hospitalar por raça/cor nos 126 municípios com presença de povos indígenas e quilombolas, por 100 mil/habitantes

LISTA DE MORBIDADE CID-10	PRETA	PARDA	INDÍGENA	126 MUN.	BRASIL
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	635,93	306,39	29,49	355,05	428,44
TMC devido ao uso de álcool	130,59	180,18	18,56	195,73	401,66
TMC devido ao uso de substâncias outras psicoativas	117,34	130,51	12,55	149,80	256,56
Transtorno de humor/afetivos	105,41	132,61	7,09	162,58	339,07
Outros TMC	47,66	64,81	1,23	68,89	108,83
Retardo mental	23,93	24,02	0,00	28,46	46,60
Demência	10,66	13,69	0,00	18,58	31,44
Transtornos neuróticos, relacionados com stress e somatoformes	10,40	10,81	0,00	15,45	46,60

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SIH-SUS, SIM e VIVA/Sinan.

Quando se observa a distribuição regional (Tabela 9), percebe-se que a região Sul, apesar de ter a menor quantidade de municípios com comunidades indígenas e quilombolas (10 municípios) é a que registra taxas de internação mais elevadas, bem como em relação ao suicídio, tentativa de suicídio e violência interpessoal e autoprovoçada, superando a nacional e a do conjunto de municípios; que os municípios do Centro Oeste (12 municípios) registraram taxas mais altas que as do conjunto dos 126 municípios em relação aos óbitos gerais por TMC, óbitos por uso de álcool e de outras substâncias psicoativas e por suicídio; que os municípios do Sudeste (27 municípios) apresentaram taxas mais

altas em quase todos os itens; que os moradores dos municípios do Nordeste (63 municípios) registraram maior tempo/dias de permanência hospitalar por TMC e que os municípios da região Norte (14 municípios) ficaram abaixo do padrão nacional e do conjunto dos 126 em todos os itens.

Tabela 9 – Taxa de Morbimortalidade psiquiátrica por regiões do Brasil e nos 126 municípios com povos indígenas e quilombolas, por 100 mil/habitantes

MORBIMORTALIDADE PSQUIÁTRICA	CO	NE	N	SE	S	126 MUN.	BRASIL
Internação para casos de TMC	998,12	789,21	301,07	1023,45	2562,06	945,77	1511,83
Tempo médio de internação por TMC (dias)	23,43	49,43	12,29	30,29	29,06	37,11	35,32
Óbito hospitalar por TMC	5,81	6,13	4,07	10,76	9,58	7,55	16,47
Óbito geral por TMC	112,99	94,60	17,11	140,10	78,88	96,88	93,35
Óbito por uso de substância psicoativa	97,16	77,99	12,28	111,88	56,20	78,57	75,10
Óbito por uso de álcool	80,50	63,82	9,93	95,68	36,58	65,41	62,09
Suicídio	96,21	74,60	69,36	89,45	112,51	82,27	104,23
Tentativa de suicídio por intoxicação exógena	207,56	235,31	96,94	473,92	490,61	294,86	292,31
Violência interpessoal e autoprovoçada	2084,07	909,17	980,16	3103,80	1804,50	1570,29	1400,96

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SIH-SUS, SIM e VIVA/Sinan.

Com base no registro de moradia do paciente (Tabela 10), nota-se que as 9 capitais (Manaus, Belém, São Luís, João Pessoa, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Florianópolis, Porto Alegre e Campo Grande) concentram taxas mais elevadas de internação por TMC e de casos de violência interpessoal e autoprovoçada, superando, inclusive, as nacionais. Entretanto, são os municípios do interior (117/92,9%) distribuídos nas 5 regiões brasileiras, metade dos quais estão na região Nordeste (63/50%), que apresentam taxas mais elevadas quanto ao tempo de internação hospitalar, de óbito hospitalar por TMC, óbito geral por TMC, óbito por uso de substância psicoativa e por uso de álcool, suicídio, tentativa de suicídio e violência interpessoal e autoprovoçada. São dados que mostram como a realidade destes 117 municípios é extremamente preocupante no cenário nacional.

Tabela 10 – Taxa de Morbimortalidade psiquiátrica por localização e nos 126 municípios com povos indígenas e quilombolas, por 100 mil/habitantes

MORBIMORTALIDADE PSQUIÁTRICA	CAPITAL	INTERIOR	126 MUN.	BRASIL
Internação para casos de TMC	1853,97	875,90	945,77	1511,83
Tempo médio de internação por TMC (dias)	31,88	37,51	37,11	35,32
Óbito hospitalar por TMC	6,13	7,76	7,55	16,47
Óbito geral por TMC	71,17	98,87	96,88	93,35
Óbito por substância psicoativa	36,43	81,84	78,57	75,10
Óbito por álcool	24,18	68,66	65,41	62,09
Suicídio	71,94	83,06	82,27	104,23
Tentativa de suicídio por intoxicação exógena	267,49	297,14	294,86	292,31
Violência interpessoal e autoprovoçada	1861,21	1547,91	1570,29	1400,96

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SIH-SUS, SIM e VIVA/Sinan.

Por esta razão foi imprescindível observar mais detidamente os resultados deste conjunto de municípios para perceber quão preocupantes são e o que indicam em termos de organização do cuidado no âmbito da Política de Atenção Integral em Saúde Mental (PAISM).

Os 117 municípios registraram um total de 64.986 internações por TMC no período. Destas, 24.301 internações (37,38%) estão distribuídas entre os 3 grupos raciais: 20.272 pardos (31,19%), 4.001 pretos (6,15%) e 28 indígenas (0,04%). Em relação aos dados epidemiológicos (Tabela 11), à exceção do número de internações por TMC, este grupo de municípios registrou taxas mais elevadas que o conjunto dos 126 municípios em quase todos os itens que compõem o perfil de morbimortalidade psiquiátrica. Ou seja, aumentou ligeiramente o tempo médio de internação, inclusive em relação à média nacional, a taxa de óbitos em todas as modalidades elencadas, a taxa de suicídio e de tentativas de suicídio, entre homens e mulheres. Somente a taxa de internação e de violência interpessoal e autoprovocada fica abaixo do conjunto dos 126 municípios e da taxa nacional.

Tabela 11 – Taxa de Morbimortalidade psiquiátrica por sexo e nos 117 municípios interioranos com comunidades indígenas e quilombolas, por 100 mil/habitantes

MORBIMORTALIDADE PSIQUIÁTRICA	FEMININO	MASCULINO	117 MUN.	126 MUN.	BRASIL
Internação para casos de TMC	634,59	1124,07	875,90	945,77	1511,83
Tempo médio de internação por TMC (dias)	36,62	38,28	37,51	37,11	35,32
Óbito hospitalar por TMC	4,27	11,28	7,76	7,55	16,47
Óbito geral por TMC	39,97	157,91	98,87	96,88	93,35
Óbito por uso de substância psicoativa	23,52	140,39	81,84	78,57	75,10
Óbito por uso de álcool	14,50	123,07	68,66	65,41	62,09
Suicídio	31,01	135,11	83,06	82,27	104,23
Tentativa de suicídio por intoxicação exógena	425,46	166,27	297,14	294,86	292,31
Violência interpessoal e autoprovocada	2162,45	927,66	1547,91	1570,29	1400,96

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SIH-SUS, SIM e VIVA/Sinan.

Na Tabela 12 é possível observar que dentre os três grupos estudados a população preta alcança taxas mais altas que as demais em quase todos os itens, à exceção das taxas de suicídio, tentativa de suicídio e de violência interpessoal e autoprovocada cujos valores foram superados pela população indígena.

Em termos de morbidade hospitalar, os principais diagnósticos de internação por TMC entre a população preta, parda e indígena nos 117 municípios coincidem com o padrão nacional e dos 126 municípios apresentados na Tabela 4. Os resultados apresentados aproximam o debate proposto inicialmente neste trabalho acerca da Determinação Social da Saúde Mental (Dantas *et al.*, 2020), da relação entre vulnerabilidade social e o perfil de morbimortalidade psiquiátrica, questões que serão abordadas a seguir.

Tabela 12 – Taxa de Morbimortalidade psiquiátrica por raça/cor e nos 117 municípios interioranos com povos indígenas e quilombolas, por 100 mil/habitantes

MORBIMORTALIDADE PSQUIÁTRICA	PRETA	PARDA	INDÍGENA	117 MUN.	126 MUN.	BRASIL
Internação para casos de TMC	971,65	776,40	54,21	875,90	945,77	1511,83
Tempo médio de internação por TMC (dias)	54,69	38,35	11,66	37,51	37,11	35,32
Óbito hospitalar por TMC	9,47	5,64	0,00	7,76	7,55	16,47
Óbito geral por TMC	147,47	0,89	71,54	98,87	96,88	93,35
Óbito por uso de substância psicoativa	132,16	0,63	64,31	81,84	78,57	75,10
Óbito por uso de álcool	107,92	0,62	64,82	68,66	65,41	62,09
Suicídio	83,83	0,71	189,68	83,06	82,27	104,23
Tentativa de suicídio por intoxicação exógena	280,16	7,16	578,80	297,14	294,86	292,31
Violência interpessoal e autoprovocada	2020,25	28,18	8778,98	1547,91	1570,29	1400,96

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SIH-SUS, SIM e VIVA/Sinan.

DISCUSSÃO

Este estudo foi orientado por algumas inquietações em relação ao perfil de morbimortalidade psiquiátrica no Brasil. Quem mais adoece, quem mais se interna, quem passa mais tempo internado, quais as principais causas de internação por TMC, quem mais usa o leito hospitalar como dispositivo de cuidado, em que região no país vive? Como é a realidade dos diferentes tipos de municípios, da rede de cuidados e dos serviços ofertados? Estas e outras questões fazem parte de um amplo campo de problematizações presentes em nossas investigações sobre os modos diferenciados de adoecer de sujeitos e grupos populacionais.

Neste cenário, o entendimento das singularidades contextuais dos municípios que têm populações tradicionais, particularmente comunidades indígenas e quilombolas, tornou-se o foco do presente estudo e das nossas análises. A despeito dos dados aqui utilizados não permitirem conclusões sobre os indivíduos moradores de comunidades indígenas e quilombolas, os resultados referentes ao perfil da população geral dos municípios com comunidades tradicionais permitem uma aproximação extremamente importante da realidade da saúde mental nestes contextos.

Nessa direção, foram apresentados dois cenários que não podem ser dissociados. Primeiramente, um panorama geral do país, cujo perfil aponta para a predominância de hospitalizações por TMC de homens, pretos e pardos, da região Sul e Sudeste, com diagnóstico de esquizofrenia, seguido de TMC por uso de álcool e por TMC por uso de outras substâncias psicoativas. São moradores de municípios do interior, com destaque para o G3 – grupo de municípios com médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços.

Os dados epidemiológicos do G3 indicam a propensão desse conjunto de municípios brasileiros ao desenvolvimento de fatores de risco à saúde mental, que a despeito de apresentar melhor desempenho socioeconômico, sofre os efeitos dos investimentos das políticas de desenvolvimento para municípios médios, em especial da região Sul e Sudeste, frequentemente articuladas à expansão do agronegócio, do polo petroquímico, do setor industrial e de serviços, que exercem forte atração migratória (Staback; Lima, 2023). Essas políticas estão associadas ao crescimento urbano desordenado, ao desmatamento, ao forte fluxo de pessoas, à precarização das condições de trabalho, ao déficit e má qualidade habitacional, a conflitos socioambientais, situações que caracterizam o racismo ambiental e seus efeitos nocivos à saúde mental das populações afetadas (Oliveira, 2020), questões que não podem ser descoladas do aumento do consumo de álcool, de

drogas e da violência, assim como de problemas na gestão das políticas públicas de saúde, educação e transporte público que se observa frequentemente nestes municípios (Ronzani *et al.*, 2023).

Em outras palavras, a alta prevalência de TMC nos municípios do G3, localizados longe das áreas metropolitanas e das capitais brasileiras, evidencia um novo quadro de morbimortalidade psiquiátrica no Brasil, configurando-se como um alerta em termos da atual situação epidemiológica e da agenda pública de enfrentamento a ser construída nos próximos anos, particularmente pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e Secretaria de Atenção Especializada em Saúde do Ministério da Saúde, que não podem ignorar a transição no perfil de morbimortalidade em saúde mental e o panorama que está se delineando com o aumento dos casos associados ao uso de substâncias psicoativas e ao uso de álcool nestes territórios.

Considerando o foco deste estudo, a realidade dos 126 municípios com comunidades indígenas e quilombolas em seus territórios, observa-se que há dois grupos que precisam ser analisados em suas especificidades. Quase a totalidade destes municípios (117 municípios) está localizada no interior dos estados e apenas 9 são capitais, como é o caso de Manaus, Belém, São Luís, João Pessoa, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Florianópolis, Porto Alegre e Campo Grande. Estas capitais estão em regiões distintas e são bastante heterogêneas entre si quanto aos padrões de desenvolvimento econômico, urbano e social e quanto à oferta de serviços, incluindo os de atenção psicossocial. No conjunto dos 126 municípios com comunidades tradicionais as capitais constituem a exceção, já que os moradores de comunidades tradicionais presentes nestes municípios vivem as dificuldades enfrentadas pelos habitantes das grandes cidades brasileiras, os problemas e desigualdades de acesso e consumo dos serviços de saúde, mas, de alguma forma, usufruem de uma infraestrutura urbana compatível com cidades que apresentam um maior grau de desenvolvimento e de oferta de serviços, inclusive na Rede de Atenção Psicossocial, salvaguardando as diferenças entre tais capitais.

Quanto aos 117 municípios restantes, a maioria (84/72%) é de pequeno porte e 76 (65%) pertencem ao grupo CIR/G1 - baixo desenvolvimento e baixa oferta de serviços -, ou seja, grande parcela tem problemas de infraestrutura, de cobertura assistencial, com população socialmente vulnerável a serviços e cuidados de saúde, incluindo moradores de comunidades tradicionais. Ademais, é preciso considerar as desigualdades inter-regionais de desenvolvimento econômico e social no país, quando mais da metade destes municípios mais desfavorecidos estão concentrados na região Nordeste, cujos estados, de acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD/IPEA, 2016), estão na faixa de Médio Desenvolvimento Humano – abaixo da média nacional.

No entanto, independentemente de se tratar de um ou outro grupo, o fato é que os resultados dos 126 municípios com comunidades indígenas e quilombolas são mais desfavoráveis. Registram taxas superiores às nacionais em relação ao tempo médio de internação, óbito hospitalar por TMC, óbito geral por TMC, óbito por uso de substância psicoativa, óbito por uso de álcool, suicídio, tentativa de suicídio por intoxicação exógena, violência interpessoal e autoprovocada. Somente as internações por TMC registram taxas inferiores às nacionais, o que pode estar relacionado às barreiras de acesso à atenção hospitalar em saúde mental.

A população residente no interior recorre às capitais ou cidades com maior oferta de serviços de saúde tal como visto nos resultados, tendo que superar uma infinidade de barreiras de acesso. Como presente nos estudos de Gomes *et al.* (2024) e Fernandes e Santos (2019) que demonstram as dificuldades encontradas no acesso à saúde e saúde mental da população quilombola, devido à distância e cobertura dos serviços, bem como, a capacidade de diálogo com a realidade local das comunidades. Em grande parte destes municípios, não há qualquer retaguarda assistencial em saúde mental, há baixa cobertura de CAPS e das equipes da APS/NASF, há insuficiência de profissionais como psiquiatras e psicólogos, não há leitos de acolhimento noturno (CAPS 24hs), modalidade de atenção psicossocial que só funciona em cidades com mais de 150 mil habitantes e há pouco suporte para o manejo de situação de crise (Dimenstein *et al.*, 2021; Oliveira; Medeiros, 2022). Por outro lado, cresce vertiginosamente o número de comunidades terapêuticas nos mais recônditos lugares do país,

atualizando a lógica manicomial e esvaziando o caráter comunitário e territorial do modelo de Atenção Psicossocial (Prudêncio; Senna, 2022).

A existência desses vazios assistenciais em saúde mental, tal como discutido por (Silva, 2024), relaciona-se diretamente ao campo da gestão em saúde, à regulação do acesso e à promoção de formas assistenciais adequadas às necessidades e realidades da população, equacionando demanda com oferta. Contudo, é também efeito do subfinanciamento crônico do setor e das barreiras à regionalização e expansão da RAPS em razão dos interesses mercantilistas dos prestadores privados (Dimenstein *et al.*, 2018; Dimenstein *et al.*, 2021). Neste contexto cheio de disputas, a expansão dos serviços substitutivos, a redução progressiva dos leitos psiquiátricos e o fechamento de espaços asilares e de herança institucional manicomial ocorreram, mas com velocidades e de formas díspares no território nacional. Para mitigar os problemas de acesso e desassistência, é urgente potencializar os cuidados primários na linha de frente do SUS.

Não à toa, os índices de cobertura e a distribuição dos principais dispositivos da RAPS são absolutamente díspares de uma região para outra e entre municípios de uma mesma região no país (Medeiros *et al.*, 2021). Há, portanto, bastante desigualdade em termos de cobertura assistencial em saúde mental, com desvantagens maiores para os municípios de pequeno porte, com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, localizados em áreas remotas e de difícil acesso, regiões que habitam, em sua maioria, populações tradicionais, sobretudo, indígenas, quilombolas, agroextrativistas e ribeirinhos, as quais estão mais vulneráveis às precariedades das condições de vida/trabalho (Dimenstein *et al.*, 2022) e porque, como dizem Karol e Silva (2020), “os corpos e espaços pobres estão na mira da expansão das mortalidades” (p. 47).

Porém, não menos importante é a ausência de uma cultura avaliativa e de planejamento nas instâncias decisórias da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas em nível nacional - agravada nos últimos anos devido aos ataques sofridos pelo governo de direita conservador - condição que não tem possibilitado ao longo do nosso processo de reforma psiquiátrica fazer um mapeamento contínuo e preciso sobre as insuficiências na prestação de serviços, e, principalmente, das assimetrias em termos regionais e desigualdades no que se refere ao perfil de morbidade e mortalidade psiquiátrica da população. A desconstrução do mito da democracia do sofrimento mental – que atingiria igualmente as pessoas independentemente de classe social, gênero, geração, raça/cor e etnia – é uma diretriz que não tem ocupado o centro das preocupações, atualizando incessantemente as iniquidades estruturais da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Rede de Atenção Psicossocial.

Os resultados deste trabalho evidenciam claramente os problemas nessa direção. Enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) preconiza que a produção de dados e informações sobre infraestrutura, serviços e recursos é imprescindível, assim como o “entendimento das singularidades contextuais inerentes às formas de adoecimento em cada localidade é fundamental para o desenvolvimento de estratégias e sua adequada implementação” (Martins *et al.*, 2022, p. 695), observa-se a descontinuidade desde 2015 de um documento de suma importância – “Saúde Mental em Dados”. A despeito de ainda não ter sido gerado na perspectiva dos marcadores sociais da diferença, o que permitiria visibilizar as interseções dos marcadores sociais na produção do sofrimento psíquico, este documento trazia informações importantes sobre o andamento do processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

Não há dúvidas de que é urgente a retomada da geração de dados em saúde mental. Contudo, é preciso imprimir outra lógica na geração de informações, como o preenchimento dos quesitos raça/cor, orientação sexual e gênero, dentre outros, que auxiliem no combate às desigualdades e respondam de forma contextualizada às novas exigências das políticas públicas de enfrentamento às iniquidades e às barreiras de acesso ao cuidado em saúde mental sofridas por muitos grupos que ficam invisibilizados e silenciados. Dentre as populações tradicionais, a população indígena é uma das mais desfavorecidas nesse sentido. A precariedade de informações sistematizadas e disponíveis em saúde mental detectada neste trabalho não permite fazer uma análise mais acurada da sua situação de saúde, identificar padrões e necessidades, contribuindo para o monitoramento da equidade. Apesar disso, os dados disponíveis mostram uma alarmante situação associada às altas

taxas de suicídio, de tentativa de suicídio e de violência interpessoal e autoprovocada entre esta população, realidade também observada por outros investigadores no país (Amorim *et al.*, 2022; Sobral, 2022; Gomes *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2024).

Este quadro grave e preocupante em torno da saúde mental indígena só pode ser compreendido quando se associa desigualdades sociais, iniquidades em saúde e sofrimento psíquico. Pesquisas têm apontado para a relação entre as altas taxas de suicídio e os processos de alcoolização observados entre povos indígenas com a perda de referenciais identitários tradicionais, com mudanças nos modos de vida provocados pela urbanização, com a precarização das condições de vida e saúde, com o êxodo migratório, marginalização social e percepção de discriminação racial (Duarte, 2023; Barreto *et al.*, 2020; Mendes *et al.*, 2020).

Sabe-se que as populações tradicionais constituem grupos vulneráveis que mais sofrem efeitos do racismo institucional que se expressa, por exemplo, na falta de geração e preenchimento de dados nos sistemas de informação que produz muita subnotificação, na dificuldade de acesso aos serviços, na baixa qualidade da atenção, na ausência de uma reflexão sobre as questões étnico-raciais na formação dos profissionais, falta de inclusão das especificidades culturais, de práticas tradicionais e de atendimento na língua indígena ou presença de tradutores, dentre outros problemas (Thomazinho, 2024).

Por fim, e não menos problemático, o estudo evidenciou que o perfil de morbimortalidade psiquiátrica em municípios com comunidades indígenas e quilombolas, dentre os 3 grupos raciais estudados, a população autodeclarada preta registrou as mais altas taxas em termos de internação, tempo médio de internação hospitalar e óbitos por TMC nas suas variadas modalidades. Mesmo não podendo afirmar que tal população é moradora das comunidades quilombolas presentes nestes 126 municípios pesquisados, o fato é que a população negra (preta e parda), que engloba mais da metade da população brasileira, carrega as marcas da desigualdade, da exclusão social, do racismo estrutural/institucional, elementos estruturantes na produção do sofrimento psíquico. Nesta pesquisa, como foi possível observar, trata-se de moradores de pequenos municípios, grande parte situados na região Nordeste, com baixo desenvolvimento social e de oferta de serviços, indicando um grau de exposição dessa população à desvantagem social (Dimenstein *et al.*, 2020).

Na ótica da determinação social da saúde mental, a compreensão da vinculação entre racismo e vulnerabilidades em saúde é de suma importância. Não basta reconhecer que as desigualdades sociais afetam diretamente a saúde mental, mas que as iniquidades raciais afetam os corpos negros e indígenas e estão relacionadas à produção de sintomas e ao sofrimento psíquico. Isto significa deslocar a reflexão para “as marcas subjetivas do racismo e o adoecimento psíquico causado por elas” (Silva; Carneiro, 2023, p. 4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho revelou desigualdades em saúde mental associadas a iniquidades sociais presentes em municípios com comunidades indígenas e quilombolas, assim como à presença de vazios assistenciais em certos territórios do país. A produção do sofrimento psíquico, em interseccionalidades de gênero, raça/cor, classe, região, dentre outros marcadores sociais da diferença, e a complexidade da determinação dos diferentes perfis de morbimortalidade psiquiátrica, que vão se delineando em contextos social e culturalmente diversos, se evidenciam nos mais variados indicadores de saúde disponíveis, tais como as internações, óbitos e suicídios. A necessidade de políticas públicas e de ações de enfrentamento sintonizadas com a compreensão da associação entre processos de subjetivação, condições de vida e desigualdades em saúde é cada vez mais urgente. Isso se aplica à Atenção Psicossocial, campo que precisa qualificar o permanente monitoramento e avaliação das políticas, produzindo dados e propostas clínicas sob a perspectiva da competência cultural e da interseccionalidade, além do fortalecimento das ações de gestão territorial do cuidado.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq pelo apoio financeiro da Chamada Universal CNPq/MCTI/FNDCT - 18/2021. À FAPEAL – Edital 03/2022 – Apoio a pesquisa Humanidades.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, D. C. A.; CUPOLILLO, C. V.; FREITAS, W. M. C.; SILVA, W. S. Saúde mental indígena e o uso abusivo de álcool e drogas. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 14, n. 2, 2022. Disponível em: <http://revista.univar.edu.br/rei/article/view/306>. Acesso em 10 out. 2024.
- BARRETO, I. F.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. Processos de alcoolização entre povos indígenas da América Latina. **Revista Ciências em Saúde**, v. 10, n. 1, p. 45-51, 2020. <https://doi.org/10.21876/rcshci.v10i1.861>
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=793>. Acesso em 10 out. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Leônidas e Maria Deane. **Saúde mental com os povos indígenas**. Manaus: Fiocruz; ILMD-LAPHSa; UNICEF, 2022. 29 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/54366>. Acesso em: 10 out. 2024.
- COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.
- CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Relatório da violência contra os povos indígenas no Brasil – ano 2023**. Brasília: Cimi, 2024. Disponível em: <https://cimi.org.br/2024/07/lancamento-relatorio-violencia-2023/>. Acesso em: 10 out. 2024.
- DANTAS, C.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J.; MACEDO, J. P. S.; BELARMINO, V. Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais: cuidado integral às populações do campo. **Athenea Digital**, v. 20, e2169, 2020. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2169>
- DIMENSTEIN, M.; BELARMINO, V.; MARTINS, M. E.; DANTAS, C.; MACEDO, J. P. S.; LEITE, J. F.; ALVES FILHO, A. Desigualdades, racismo e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. **Amazonica - Revista de Antropologia**, v. 12, n. 1, pp. 205-229, 2020. <https://doi.org/10.18542/amazonica.v12i1.8303>
- DIMENSTEIN, M.; SIMONI, A. C. R.; MACEDO, J. P.; LIBERATO, M. T. C.; SILVA, B. Í. D. B. D. M.; PRADO, C. L. D. C.; LEÃO, M. V. A. S. Situação de saúde mental de comunidades tradicionais: marcadores sociais em análise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 25, n. 1, p. 162-186, 2022. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n1p162.9>
- DIMENSTEIN, M.; SIMONI, A. C. R.; MACEDO, J. P.; NOGUEIRA, N.; BARBOSA, B. C. N. S.; SILVA, B. Í. M.; AMARAL FILHO, J. B.; SILVA, R. C. A.; LIBERATO, M. T. C.; PRADO, C. L. C.; LEÃO, M. V. A. S.; QUINTO, B. A.; SOARES, L. F. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1727-1738, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04912021>
- DIMENSTEIN, M.; SIMONI, A. C. R.; MACEDO, J. P.; LIBERATO, M.; SILVA, B. I. M.; QUINTO, B.; NUNES, C. C. Saúde mental em municípios de baixo desenvolvimento: estudo avaliativo da RAPS no Nordeste. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 13, n. 37, p. 113-137, 2021. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80703>
- DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P.; GOMES, M.; SILVA, T. M.; ABREU, M. M. A saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. **Salud & Sociedad**, v. 9, n. 1, pp. 70-85, 2018. Disponível em: <https://www.revistaproyecciones.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2869>. Acesso em: 08 out. 2024.
- DUARTE, E. L. O alcoolismo na saúde indígena: uma revisão de literatura. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 9, pp. 14365-14385, 2023. <https://doi.org/10.56083/RCV3N9-047>
- FERNANDES, S.; SANTOS, A. O. Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n. esp., e01602023, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.01602023>

GOMES, F. E. R.; HERÊNIO, A. C. B.; COSTA, W. E. Suicídio em povos indígenas no Brasil. **Psicologias em Movimento**, 2(2), 104-115, 2022.

GOMES, R. F.; OLIVEIRA, P. S.; SILVA, M. L.; MIRANDA, S. V.; SAMPAIO, C. A. Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, e01602023, 2024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.01602023>

GOMES, W. S.; GURGEL, I. G. D.; FERNANDES, S. L. Determinação social da saúde numa comunidade quilombola: análise com a matriz de processos críticos. **Serviço Social & Sociedade**, n. 143, pp. 140-161, 2022. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.275>

KAROL, E.; SILVA, C. A. Da geografia da população à necropolítica: presentificação e disputas de sentido em tempos de coronavírus. **Revista Tamoios**, v. 16, n. 1, pp. 39-49, 2020. <https://doi.org/10.12957/tamoios.2020.50375>

LEITE, J. F.; DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. S.; DANTAS, C.; BELARMINO, V. Poblaciones racialmente estigmatizadas, necropolítica y salud mental. In: LEITE, J. F.; DIMENSTEIN, M.; DANTAS, C.; MACEDO, J. P. (Org.). **Psicología e contextos rurais: diálogos psicossociais a partir da América Latina**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2023. v. 1, p. 141-162.

MACEDO, J. P.; ABREU, M. M.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, pp. 155-170, 2017. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>

MARTINS, M. V. T.; BRITO, V. P.; CARRIJO, A. M. M.; OLIVEIRA, S. V. de. O perfil epidemiológico das internações associadas à saúde mental no Brasil. **Europub Journal of Health Research**, v. 3, n. 4, pp. 694-701, 2022. Disponível em: <https://ojs.europubpublications.com/ojs/index.php/ejhr/article/view/314>. Acesso em 10 out. 2024.

MEDEIROS MAIA, M. P.; SOUSA SEVERO, A. K.; MEDEIROS, W. R.; FREITAS, Y. N. L.; BEZERRA, H. S.; ALVES, R. M.; BARBOSA, I. R. Oferta de serviços e recursos humanos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 15-31, 2021. <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i4.1189>

MENDES, A. M.; ALFONSO, J. O. R.; LANGDON, E. J.; GRISOTTI, M.; MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. Representações e práticas de cuidado dos profissionais da saúde indígena em relação ao uso de álcool. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1809-1818, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34442019>

OLIVEIRA, G. S.; SALOMÃO, I. R.; PINTO, E. V. A incidência da ansiedade e depressão em comunidades indígenas acompanhadas pelo CAPS de Itamaraju-BA: a importância da assistência qualificada de enfermagem. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 5, pp. 2717-2735, 2024. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i5.13997>

OLIVEIRA, R. C.; MEDEIROS, H. L. V. Distribuição dos CAPS no estado da Paraíba, PB, Brasil: análise quantitativa. **Debates em Psiquiatria**, v. 12, pp. 1-16, 2022. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2022.v12.353>

OLIVEIRA, R. M. S. Quilombos, racismo ambiental e formação em saúde e saúde mental: diálogos emergentes. **ODEERE: Revista do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade**, v. 5, n. 10, pp. 129-156, 2020. <https://doi.org/10.22481/odeere.v5i10.6876>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **The World Health Report 2001**, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**. 2020. Recuperado de: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789248563706_por_contents.pdf;jsessionid=4DC31DC89454FF564B6E2FF1EC47C4EC?sequence=8. Acesso em: 08 out. 2024.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD); INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP).

Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras: 2016. Brasília: PNUD; IPEA; FJP, 2016. Disponível em:

<https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6217/1/Desenvolvimento%20humano%20nas%20macrorregi%C3%B5es%20brasileiras.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

PRUDENCIO, J. D. L.; SENNA, M. C. M. Política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas: retrocessos nas concepções, desenho e financiamento. **Revista Em Pauta**, v. 20, n. 49, 2022. <https://doi.org/10.12957/rep.2022.63449>

RODRIGUES, P. B.; RONZANI, T. M. Consumo de drogas em contextos rurais: revisão sistemática na América Latina e Caribe. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 14, n. esp., pp. 1-19, 2021. <https://doi.org/10.36298/gerais202114e17496>

RONZANI, T. M.; PEREIRA, T. S.; CASTRO, J. B.; DIMENSTEIN, M. Social determinants and drug dependence: systematic review of literature. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 39, e39407, 2023. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e39407.en>

TAVARES, J. S. C.; JESUS FILHO, C. A.; SANTANA, E. F. Por uma política de saúde mental da população negra no SUS. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as**, v. 12, n. esp., pp. 138-151, 2020. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1118>. Acesso em: 18 jul. 2024.

SILVA, A. C. B.; CARNEIRO, S. Dispositivo de racialidade e saúde mental da população negra: algumas reflexões políticas e psicanalíticas. **Psicologia & Sociedade**, v. 35, e276440, 2023. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2023v35e276440>

SILVA, I. C. C.; RODRIGUES, J.; CORTES, H. M.; SILVA, I. P.; BARBOSA, S. S. Regulação do acesso à assistência em saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 10, pp. 208-301, 2024. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i10.15875>

SOBRAL, F. B. Monitorando o uso de álcool entre indígenas. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3, n. 4, e341307, 2022. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i4.1307>

SOUZA, I. M. de; ARAÚJO, E. M. de; SILVA FILHO, A. M. da. Tendência temporal da incompletude do registro da raça/cor nos sistemas de informação em saúde do Brasil, 2009-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, e05092023, 2024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.05092023>

STABACK, D. F.; LIMA, J. F. de. Cidades médias brasileiras e sua convergência de crescimento e desenvolvimento socioeconômico. **Urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 15, e20220054, 2023. <https://doi.org/10.1590/2175-3369.015.e20220054>

THOMAZINHO, G. Descoordenação a serviço do racismo institucional: considerações sobre o acesso de indígenas à política de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 2, e230408pt, 2024. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230408pt>

VIANA, A. L. D.; BOUSQUAT, A.; PEREIRA, A. P. C. M.; UCHIMURA, L.Y. T.; ALBURQUERQUE, M. V. Tipologia das Regiões de Saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>