

## Transtorno mental no nordeste brasileiro: variações e diferenciais da mortalidade e morbidade de 2007 a 2016

Carina Taíse de Medeiros Macêdo\*  
Fábia Barbosa de Andrade\*

338

### Resumo

Os transtornos mentais apresentam crescimento nos últimos anos, tendo grande impacto na qualidade de vida dos nordestinos brasileiros. Do ponto de vista do agravo na sociedade, atualmente consideram-se que os transtornos de humor (afetivos) e outros transtornos mentais e comportamentais são problemas de saúde pública de larga relevância. Dessa forma, o presente estudo objetiva avaliar os indicadores de morbidade e mortalidade na região Nordeste do Brasil em relação aos transtornos de humor (afetivos) e outros transtornos mentais e comportamentais no período de 2007 a 2016 no nordeste do Brasil. Este é um estudo retrospectivo, exploratório, que se utilizou de informações do nordeste brasileiro, produzidos pelo DATASUS. Considerou-se a variável dependente a taxa de morbidade e mortalidade e como independentes a faixa etária, sexo, escolaridade e estado civil, considerando um intervalo de confiança de 95%. Constatou-se que a média de taxa de mortalidade de ambos os agravos apresentou tendência geral à redução, entretanto, com alguns pontos de aumento, tais como no período entre 2007 e 2008 para outros transtornos mentais e comportamentais e entre 2009 e 2010 para transtornos de humor (afetivos). Os dados indicaram que as populações mais vulneráveis são as crianças e os idosos, bem como uma realidade aumentada sobre o uso do álcool, fazendo-se imprescindível os ajustes e reformulações nas ações de saúde para prevenção do adoecimento mental, através do fortalecimento dos serviços substitutivos e da Atenção Básica para acolhimento dos usuários na comunidade

**Palavras-chaves:** Saúde Mental. Transtornos Mentais. Mortalidade. Morbidade. Avaliação em Saúde.

### INTRODUÇÃO

Em meados da década de 1970 foi iniciado no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), constituído por trabalhadores da área, profissionais do movimento sanitário, usuários, entre outros<sup>1</sup>. É neste contexto de lutas que se inicia um período de denúncia contra a violência disseminada nos manicômios e na psiquiatria como um todo, em detrimento da construção coletiva de um novo modelo de política de saúde mental<sup>1</sup>.

Na segunda metade da década de 1980,

creceu o desejo de mudar o trato com o paciente acometido por transtorno mental, a partir dos modelos substitutivos e da construção de práticas alternativas inspiradas nos princípios antimanicomiais<sup>2</sup>. As ideias e práticas do movimento se colocavam como opositoras às formas de barbárie presentes em vários tipos de relações, sobretudo, as institucionalizadas, ao passo em que propunham uma transformação do sistema psiquiátrico do Brasil<sup>3</sup>.

Ainda nos anos de 1980, observou-se o

DOI: 10.15343/0104-7809.202044338348

\* Universidade do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.  
E-mail: carinataise@hotmail.com

crescimento da proposta antimanicomial, que teve como ponto alto o I Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1978. Outro marco decisivo para o incremento das políticas públicas de saúde mental foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, que ampliou o conceito de saúde considerando a determinação social das doenças e apontando a necessidade de um novo modelo assistencial voltado para a produção social da saúde e um novo modelo gerencial ancorado na gestão descentralizada, democrática e participativa do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>4</sup>.

Ressalta-se que os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico foram criados com o objetivo de que o sujeito adoecido pudesse ser visto a partir de outros pressupostos, como o da reabilitação psicossocial, compreendida como uma ação ampliada, que considera a vida em seus diferentes âmbitos com o objetivo de reinserção do usuário à sociedade<sup>5</sup>.

Do ponto de vista do agravo na sociedade, os transtornos de humor (afetivos) e outros transtornos mentais e comportamentais são problemas de saúde pública de larga relevância e atingem pessoas de todas as idades, sexo e classes sociais, embora cada grupo tenha suas especificidades<sup>6</sup>. Estes agravos se mostram mais evidentes a cada dia e caracterizam-se por desencadear sentimentos de isolamento social e tristeza, que muitas vezes têm como estopim o suicídio<sup>7</sup>.

Os casos de Distúrbios Mentais (DM), no Brasil, são muito maiores do que os registrados<sup>8</sup>. Apenas cerca de 5% do total de casos esperados constam no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no ano de 2014, o equivalente a 2,5 milhões de pessoas com DM sem registro<sup>8</sup>. Não obstante aos altos números das populações clínicas, o sofrimento mental ainda são subdiagnosticados ou abordados de forma equivocada<sup>8</sup>.

A presença desse tipo de doença pode ainda agravar diversos fatores relacionados à saúde de pacientes clínicos, especialmente pacientes idosos com doenças clínicas crônicas, que têm menor adesão às recomendações médicas e apresentam dificuldades de autocuidado<sup>9</sup>.

De fato, essa realidade epidemiológica

pode contribuir para um impacto negativo na saúde coletiva, levando a uma sobrecarga do processo de trabalho para os trabalhadores do SUS, em serviços de saúde de base comunitária, devido ao agravamento de doenças subjacentes e os subdiagnósticos, como evidenciados anteriormente.

Nesse contexto, o presente estudo, objetiva avaliar os indicadores de morbidade e mortalidade na região nordeste do Brasil em relação aos transtornos de humor (afetivos) e outros transtornos mentais e comportamentais no período de 2007 a 2016 no Nordeste do Brasil.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo e de natureza exploratória, que aborda transtornos de humor (afetivos) e outros transtornos mentais e comportamentais, resultantes ou não de internação hospitalar no Nordeste brasileiro. Acrescenta-se que a escolha pelo estudo ecológico deu-se pela possibilidade de comparação entre os indicadores, com relação à exposição a qual a população é submetida.

Para local do estudo foi escolhido o Nordeste do Brasil, região formada por 1.794 municípios distribuídos pelos seguintes Estados: Alagoas (AL), Ceará (CE), Bahia (BA), Maranhão (MA), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Piauí (PI), Rio Grande do Norte (RN) e Sergipe (SE). As informações acerca dos óbitos, para cálculo das taxas de mortalidade, foram extraídas do portal do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Sobre o SIM, é importante pontuar que foi criado com o intuito de regular os dados acerca da mortalidade no país. A partir da sua criação foi possível a captação de informações sobre mortalidade e subsidiar os diversos âmbitos de gestão na saúde pública<sup>10</sup>.

Estudou-se a série temporal de uma década ao compreender os anos de 2007 a 2016, mediante dados secundários obtidos no portal do DATASUS e do sistema SIM. Foram selecionados os CIDs do F30 ao F39, referentes aos transtornos de humor

(afetivos) e do f00 ao f99, sobre outros transtornos mentais e comportamentais.

A variável dependente para o estudo é internação hospitalar e óbitos por TH e OTMC. Para análise dos dados foi utilizado *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 22.0 com número de série 10101141047. No qual foram calculadas taxas de mortalidade e morbidade, sendo realizada a estatística descritiva dos dados para o cálculo da média, mediana, desvio padrão e test t Student, para os casos de normalidade da variável quantitativa, bem como calculadas frequências absolutas e relativas.

## RESULTADOS

Os dados da tabela 1 revelaram que a taxa de internação teve uma média diferente em cada Estado analisado, além de mostrar tendências e variações diferentes entre eles. A Bahia foi o Estado com os menores números de internação e mortalidade por transtorno de humor, como também teve a menor variação ao longo da década estudada (2007 a 2016), e demonstrou uma tendência de aumento entre os anos 2010 e 2012 de internações que, logo após, foi decrescendo. Já o Rio Grande do Norte apresentou os maiores valores de internação, porém, com uma tendência a reduzi-los ao longo dos anos. A sua taxa de mortalidade manteve-se baixa, com pouca variação, sendo 2015 o seu pico com 0,5% de mortalidade.

Acercas da taxa de mortalidade, os números chegam a ser até três vezes menos do que os de internação e se comportam de forma mais similar e, em geral, com pouca variação durante a década. Os maiores números são do Estado de Sergipe e os menores do Maranhão. Por meio do teste t foi identificada significância estatística nos agravos estudados, uma vez que  $p \leq 0,05$ .

Na Tabela 2, os dados referem-se às taxas de internação e mortalidade por OTMC. Assim, a respeito da taxa de internação, os maiores valores da década foram atingidos por

Pernambuco e os menores pelo Maranhão. As taxas estaduais não tiveram uma variação importante com o passar dos anos, mantendo uma média em toda a década. Sobre a taxa de mortalidade, os menores números são do Estado do Ceará, enquanto os maiores pertencem a Sergipe. A média de todos os estados também se manteve com poucas variações na década.

Comparando os dados das taxas de internação por transtornos de humor (afetivo) e de outros transtornos mentais e comportamentais, observa-se que transtornos de humor (afetivos) possuem valores mais elevados se comparados a outros transtornos mentais e comportamentais, chegando a apresentar valores até três vezes maiores do que aquele. As taxas de mortalidade se apresentam em maiores números, quando se trata de outros transtornos mentais e comportamentais, quando comparado a transtornos de humor (afetivos). No decorrer da década, observa-se que houve um aumento do ano de 2012 para o de 2013 na taxa de mortalidade de outros transtornos mentais e comportamentais e de 2014 para 2015 na de transtornos de humor (afetivos). Por meio do teste t foi identificada significância estatística nos agravos estudados, uma vez que  $p \leq 0,05$ .

De acordo com a figura 1, sobre Anos Potenciais de Vida Perdidos, a maior concentração destes estão presentes nas faixas etárias de menor de um ano, maior de 80 anos, ao passo que o menor está presente na faixa etária de 30 a 39 anos. Durante a década, a ocorrência de falecimentos se comportou de forma similar entre ambos os agravos, porém, apresenta uma disparidade a partir dos 59 anos de idade, quando os números referentes a transtornos de humor significam uma maior perda de anos de vida.

Na tabela 3, que ilustra os dados dos estados do Nordeste entre os anos de 2006 e 2017, percebe-se que os principais agravos de internação não coincidem com os de mortalidade. Para as internações, o agravo da lista com números mais elevados é Esquizofrenia (F20), seguido de transtornos

mentais comportamentais devido ao uso de álcool (F10). Para mortalidade destacam-se os transtornos mentais comportamentais devido ao uso de álcool (F10) e os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de fumo (F17). Na lista de internações e mortalidade os valores do primeiro agravo sobressaem aos do segundo, ao ponto de os primeiros chegarem a representar mais de quatro vezes o valor dos segundos.

A figura 2 mostra geograficamente a taxa de internação e mortalidade segundo cada transtorno mental. Na figura 2A, os mapas de autocorrelação espacial sobre taxa de internação causada por outros transtornos mentais e comportamentais revela a espacialização deste indicador nos estados da região Nordeste do Brasil, com um Índice de Moran 0,38 e  $p=0,08$ . Assim, na figura 2A(a), observa-se que a autocorrelação obteve uma representação de área positiva, cujas maiores taxas se concentram nos estados da PB e de PE, bem como análise da na figura 2A(b) revelou alto-alto nos estados de RN, PB, PE, AL e SE e uma baixo-alto autocorrelação no MA.

A figura 2B os mapas de autocorrelação espacial sobre taxa de mortalidade causada por outros transtornos mentais e comportamentais aponta a espacialização deste indicador, distribuído pelos estados da região Nordeste do Brasil, com um Índice de Moran 0,59 e

$p=0,02$ . Na figura 2B(a), a autocorrelação obteve uma representação de área positiva, cujas maiores taxas se concentram no estado de SE, seguido de CE e PI, PB, RN, BA, PE e AL. A figura 2B(b) apresenta uma autocorrelação alto-alto em todos os estados da região.

No tocante a figura 2C, os mapas de auto correlação espacial sobre taxa de internação causada por transtorno de humor (afetivo) mostra a análise espacial da distribuição deste indicador na região Nordeste do Brasil, com um Índice de Moran 0,60 e  $p=0,01$ . Nesse íterim, na figura 2C(a) observa-se que a autocorrelação obteve uma representação de área positiva com as maiores taxas se concentrando nos estados de PI e RN, seguidos de CE e SE, MA e AL, PB, PE e BA. Na figura 2C(b) observa-se alto-alto autocorrelação entre os nove estados do Nordeste.

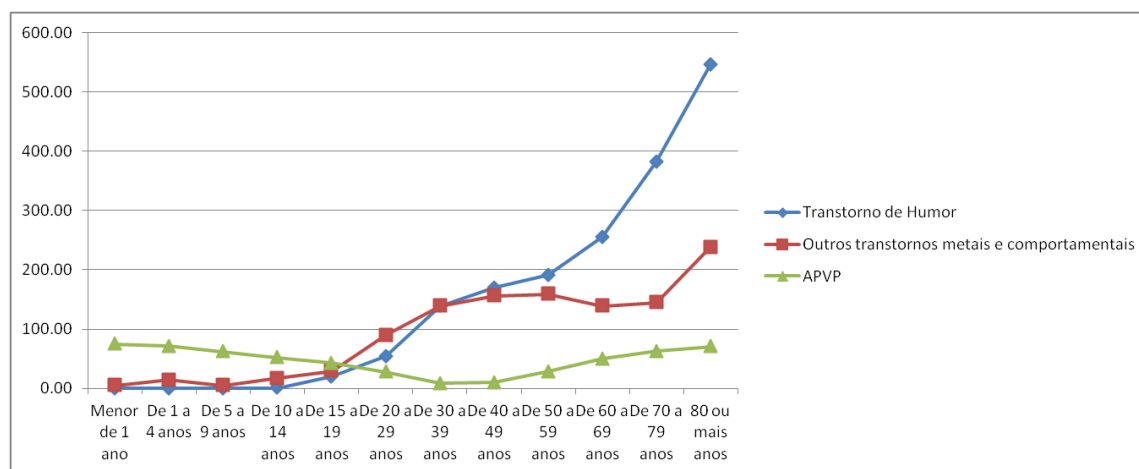
No que se refere a figura 2D, cujos mapas de autocorrelação espacial sobre Taxa de mortalidade por transtornos de humor revela a espacialização deste indicador nos estados da região Nordeste do Brasil, possuem um Índice de Moran 0,69 e  $p=0,02$ . Nesse sentido, a figura 2D(a) se observa que a autocorrelação obteve uma representação de área positiva, com as maiores taxas em Sergipe, seguido do CE, PI, BA, AL, PB, RN e PE. Na figura 2D(b), observa-se alto-alto autocorrelação nos nove estados do NE brasileiro.

**Tabela 1** – Dados epidemiológico e clínicos e análise de associação entre as variáveis e os casos notificados de leishmaniose visceral no município de Aldeias Altas – MA, 2018.

ANO	TAXA DE INTERNAÇÃO POR TRANSTORNO DE HUMOR									TAXA DE MORTALIDADE POR TRANSTORNO DE HUMOR								
	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA
2007	1,55	2,49	1,68	3,03	1,12	0,99	2,12	2,01	0,74	0,02	0,05	0,06	0,02	0,03	0,02	0,03	0,06	0,03
2008	1,84	2,67	1,30	3,03	0,96	1,01	1,92	2,07	0,76	0,01	0,04	0,05	0,01	0,03	0,02	0,02	0,05	0,03
2009	1,90	2,66	1,51	2,65	0,81	1,08	1,61	1,68	0,66	0,01	0,04	0,06	0,04	0,03	0,02	0,03	0,04	0,02
2010	2,51	2,52	1,52	2,60	0,83	1,01	1,55	1,54	0,78	0,03	0,04	0,03	0,01	0,04	0,02	0,04	0,10	0,03
2011	1,76	2,06	1,47	2,24	0,98	0,95	1,78	1,50	0,79	0,02	0,04	0,06	0,02	0,03	0,03	0,04	0,09	0,03
2012	1,54	2,01	1,72	2,24	1,03	0,93	1,33	1,39	0,82	0,01	0,04	0,05	0,03	0,03	0,02	0,03	0,04	0,04
2013	1,11	2,21	1,27	1,83	1,13	1,11	1,35	0,88	0,76	0,02	0,03	0,05	0,03	0,03	0,02	0,03	0,11	0,04
2014	1,28	2,01	1,26	2,02	1,52	0,90	1,44	1,55	0,68	0,01	0,02	0,04	0,02	0,03	0,02	0,02	0,08	0,03
2015	1,28	1,70	1,33	2,01	1,41	0,97	1,04	1,45	0,59	0,01	0,05	0,07	0,05	0,03	0,02	0,02	0,10	0,06
2016	1,44	1,39	1,18	1,91	1,75	1,03	1,25	1,25	0,64	0,02	0,03	0,04	0,03	0,05	0,02	0,03	0,07	0,03

**Tabela 2** – Taxa de internação e de mortalidade por outros transtornos mentais e comportamentais. Nordeste (OTMC), Brasil, 2018

ANO	TAXA DE INTERNAÇÃO POR OTMC									TAXA DE MORTALIDADE POR OTMC								
	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA
2007	0,46	0,36	0,27	0,49	0,49	0,95	0,92	0,36	0,40	0,02	0,06	0,05	0,02	0,02	0,01	0,02	0,06	0,01
2008	0,49	0,40	0,27	0,43	0,44	1,28	0,78	0,32	0,32	0,02	0,04	0,04	0,02	0,03	0,01	0,00	0,05	0,01
2009	0,44	0,65	0,26	0,33	0,31	1,11	0,65	0,28	0,29	0,02	0,04	0,03	0,02	0,03	0,01	0,02	0,05	0,02
2010	0,47	0,53	0,28	0,32	0,36	0,72	0,54	0,34	0,31	0,01	0,03	0,05	0,02	0,04	0,01	0,02	0,07	0,01
2011	0,38	0,28	0,30	0,28	0,33	1,04	0,51	0,26	0,31	0,02	0,02	0,03	0,01	0,02	0,01	0,02	0,03	0,02
2012	0,18	0,32	0,34	0,22	0,26	1,02	0,41	0,24	0,28	0,01	0,01	0,03	0,01	0,02	0,02	0,03	0,03	0,01
2013	0,07	0,23	0,26	0,18	0,29	0,88	0,28	0,21	0,14	0,01	0,04	0,04	0,01	0,04	0,02	0,01	0,08	0,02
2014	0,10	0,27	0,21	0,20	0,36	0,71	0,43	0,93	0,22	0,02	0,03	0,02	0,01	0,02	0,01	0,03	0,04	0,02
2015	0,09	0,27	0,24	0,22	0,45	0,60	0,83	0,29	0,14	0,01	0,04	0,02	0,02	0,04	0,01	0,03	0,03	0,02
2016	0,08	0,43	0,22	0,22	0,43	0,55	0,82	0,20	0,13	0,00	0,01	0,02	0,00	0,05	0,02	0,02	0,04	0,02



**Figura 1** – Distribuição dos Anos Potenciais de Vida Perdidos segundo a faixa etária acometida por Transtornos de humor (TH) e outros transtornos mentais e comportamentais (OTMC), Nordeste, Brasil, 2018.

**Tabela 1** – Distribuição da frequência das causas de internação e mortalidade do capítulo V CID-10. Nordeste, Brasil, 2018.

	Morbidade Hospitalar								
	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
<b>Esquizofrenia</b>	51,3 (29302)	48,7 (17673)	57,3 (64157)	48,8 (20540)	53,1 (28323)	51,3 (43020)	61,5 (33599)	42,0 (11068)	51,1 (34747)
<b>Transtornos mentais e Comportamentais devido ao uso de álcool</b>	13,4 (7668)	14,5 (5286)	12,5 (14001)	17,4 (7343)	19,1 (10195)	18,2 (15274)	13,6 (7461)	24,0 (6331)	18,8 (12769)
<b>Transtornos de humor [afetivos]</b>	20,3 (11624)	20,2 (7331)	11,7 (13146)	19,2 (8108)	9,6 (5156)	11,5 (9631)	9,4 (5178)	12,9 (3406)	16,1 (10988)

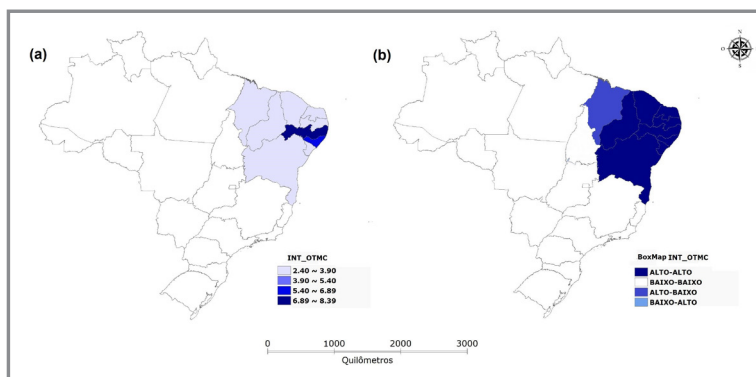
continua...

...continuação - Tabela 1

	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA
<b>Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas</b>	11,5 (6562)	12,7 (4622)	16,2 (18193)	12,0 (5082)	15,1 (8052)	8,9 (7474)	11,3 (6204)	17,9 (4727)	8,2 (5614)
<b>Mortalidade</b>									
<b>Outros transtornos mentais e comportamentais</b>	27,3 (1860)	3,6 (1310)	2,1 (2447)	2,3 (967)	2,9 (1578)	9,9 (8333)	3,9 (2155)	2,8 (758)	5,5 (3765)
<b>Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool</b>	74,3 (1550)	74,6 (1410)	64,4 (5597)	66,9 (1214)	66,1 (1261)	76,1 (3859)	73,4 (1272)	64,6 (1647)	72,6 (5699)
<b>Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de fumo</b>	15,3 (321)	14,0 (265)	1,4 (1292)	12,8 (233)	19,3 (369)	14,2 (723)	16,1 (279)	19,6 (500)	10,7 (847)
<b>Demência não especificada</b>	3,5(75)	8,5 (49)	14,5 (1263)	14,4 (262)	6,6 (126)	5,0 (255)	4,3 (75)	8,0 (205)	9,5 (748)
<b>Episódios depressivos</b>	3,7 (78)	5,2 (100)	4,2 (373)	3,4 (63)	45,6 (89)	27,1 (154)	4,5 (78)	5,7 (146)	5,3 (417)
<b>Esquizofrenia</b>	2,9 (61)	3,4 (65)	1,8 (163)	2,2 (40)	3,1 (60)	1,4 (76)	1,6 (28)	1,8 (48)	1,7 (136)

**Figura 2** – Espacialização da morbidade e mortalidade por Transtornos de humor (TH) e outros transtornos mentais e comportamentais (OTMC). Nordeste, Brasil, 2018.

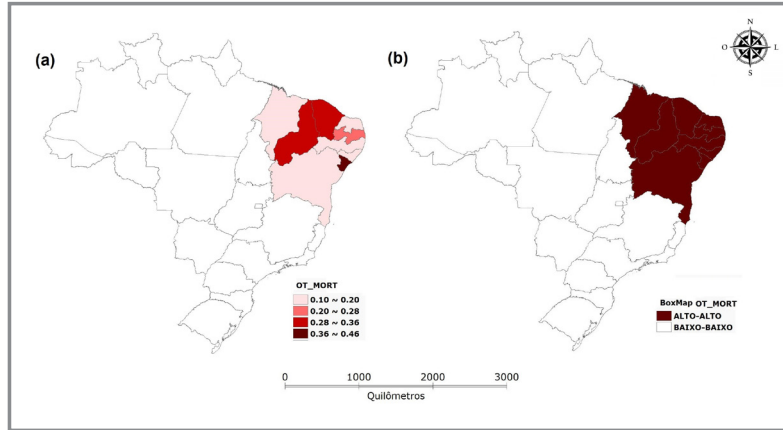
**A - Taxa de Internação por Outros transtornos mentais e comportamentais (OTMC), Nordeste, Brasil, 2018.**



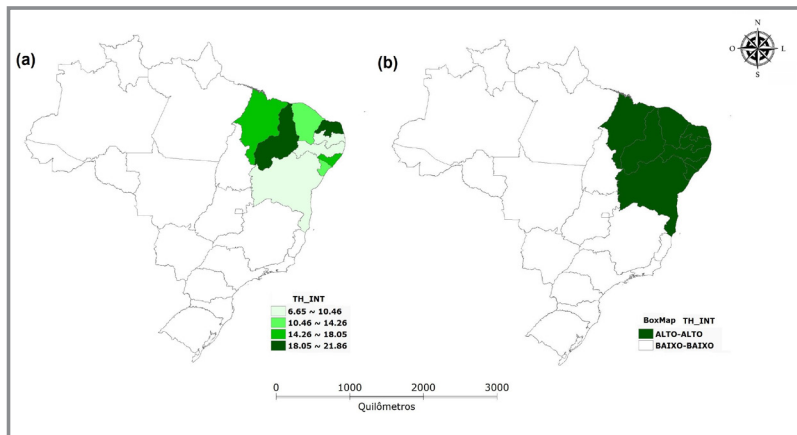
continua...

...continuação - figura 2

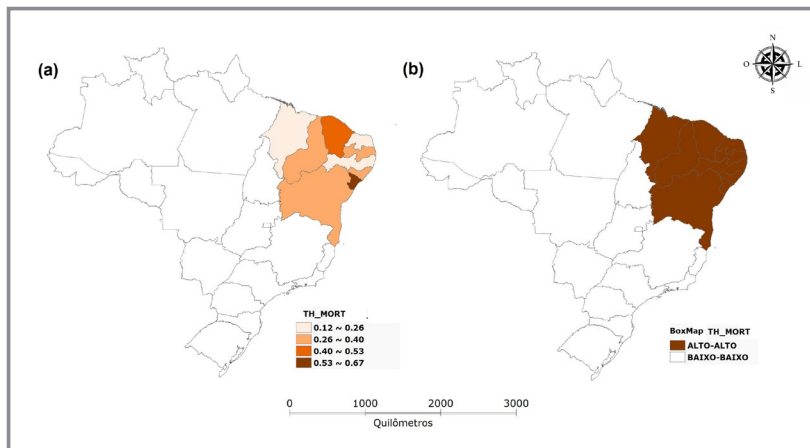
**B - Taxa de Mortalidade por Outros transtornos mentais e comportamentais (OTMC), Nordeste, Brasil, 2018.**



**C - Taxa de Internação por Transtornos de Humor (TH), Nordeste, Brasil, 2018.**



**D - Taxa de Mortalidade por Transtornos de Humor (TH), Nordeste, Brasil, 2018.**



## DISCUSSÃO

345

Sobre mortalidade por transtornos de humor (afetivos) e outros transtornos mentais e comportamentais do período estudado, observou-se que nas tabelas 1 e 2 ambas as taxas apresentam uma tendência geral ao decréscimo no decorrer dos anos, com destaque para as internações por Transtorno de Humor, que apresentam os números mais elevados. Tais dados provavelmente foram influenciados devido a um maior investimento em políticas públicas na área da saúde mental, como um maior suporte criado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011<sup>11</sup>.

O estudo de Santos e Barbosa<sup>7</sup> levantam outra hipótese para o decréscimo nos números de internações, que diz respeito a operacionalização da reforma psiquiátrica a partir da redução da institucionalização, mas que muitas vezes não se tem a adequada reestruturação dos serviços substitutivos hospitalares e extra-hospitalares, que leva a uma desassistência generalizada. Assim, a simples criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais não significa uma melhora da assistência. A queda das taxas de internações e a manutenção ainda assim de uma alta prevalência deste indicador pode revelar que os serviços comunitários de atenção à saúde mental podem não estar substituindo adequadamente os de base hospitalar e as residências.

No tocante, a população que foi a óbito por ambos os agravos aqui estudados, verifica-se que o transtorno de humor (afetivo) se destaca novamente por possuir os maiores números, em comparação a OTMC. Diante dessa realidade, destaca-se os serviços substitutivos de base comunitária, permitindo estudos de rastreamento diagnóstico e, acima de tudo, o acolhimento com resolutividade de uma paciente, por exemplo, que chega ao serviço de saúde com queixas biológicas, mas que podem ser resultantes de uma somatização. Por isso, é importante uma equipe multidisciplinar para lidar com as mais diversas situações e capacitada para fazer a correlação da sintomatologia física e psíquica, uma vez que esta

muitas vezes é negligenciada.

Dessa forma, é fundamental a eficácia dos programas de saúde mental desenvolvidos na Atenção primária, mediante a perspectiva da Saúde Coletiva, uma vez que o adoecimento mental, como visto anteriormente, influencia nos índices de comorbidade e mortalidade, conseqüentemente, na expectativa de vida do país, em especial da região Nordeste.

Nesse íterim, merece destaque a implementação e fortalecimento da Política Nacional de Práticas Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), que objetiva atuar com ações de prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na Atenção Básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde<sup>12</sup>.

Todavia, Silva Junior e Fischer<sup>13</sup> afirmam que nos últimos anos o adoecimento mental se manteve como uma das três principais causas de concessão de benefício e auxílio-doença por incapacidade laboral no Brasil. A diminuição da força produtiva, principalmente quando o adoecimento atinge a população economicamente ativa, provoca importantes despesas, ao Estado, uma vez que representa a diminuição indireta da economia nacional.

Essa é uma realidade desoladora, pois o Estado, erroneamente, acaba privilegiando a doença em detrimento da cronificação, na medida em que são medicalizados e se encontram nessa situação para o resto da vida e com isso oneram o Estado com licenças médicas, afastamentos longos e até aposentadorias de pessoas jovens.

Em relação as causas de morte por transtornos mentais comportamentais, que são por uso do álcool e fumo, conforme a tabela 3, é essencial observar que existe uma lacuna histórica na política pública de saúde, sob a qual o uso abusivo de drogas era interpretado como uma questão judicial ou policial, sendo negligenciado o seu componente se saúde.

Acredita-se que a dificuldade em reconhecer e enfrentar problemas como alcoolismo e tabagismo



pode ser responsável pela pouca ou nenhuma notificação destes agravos até meados dos anos 2002, quando houve implementação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, finalmente reconhecido pelo problema do uso prejudicial dessas substâncias como problema da saúde pública, situada no campo da saúde mental.

O estudo de Bohland e Gonçalves<sup>14</sup>, realizado em Sergipe, confirma os achados da presente pesquisa, quando afirma que os óbitos por transtornos mentais e comportamentais associados ao álcool aumentou entre os anos de 1998 e 2010, tanto para o sexo masculino, como também para o feminino, caracterizando um provável aumento no padrão de consumo da bebida. Resultados semelhantes foram obtidos pelo Ministério da Saúde, que também verificou que o consumo está mais intenso no país.

Essa tendência do uso do álcool tem sido cada vez mais percebida na realidade de homens e mulheres, e tem sido a porta de entrada dos transtornos mentais, pois a ingestão de bebidas alcoólicas tem se transformado em fuga da realidade, na maioria das vezes, de suas dores emocionais.

Um relatório da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)<sup>15</sup>, lançado em agosto de 2015 também ratifica os resultados obtidos neste estudo quando aponta que, no Brasil, 73,9 homens a cada 100 mil habitantes morreram por causa do álcool em 2010, o que garantiu, ao país, o terceiro lugar entre os países das Américas com mais mortes envolvendo uso de álcool.

Nesse contexto, é evidente a importância de políticas de enfrentamentos a essas drogas, principalmente ao álcool e o cigarro, uma vez que são legalizados no país. Por isso, necessita-se de uma Saúde Coletiva ativa na comunidade, desenvolvendo trabalhos de sensibilização, mapeamento e tratamento dos adoecidos psicologicamente.

Sobre a principal causa de internações, a esquizofrenia caracteriza-se pelas reiteradas internações psiquiátricas, fato que pode justificar seu alto número. Em relação a este agravo, pode-se ressaltar que, apesar dos avanços nos serviços substitutivos, o paciente psiquiátrico ainda se vê necessitando de internação psiquiátrica, inclusive,

de longo período.

Nesse sentido, concorda-se com o estudo de Pereira e Joazeiro<sup>16</sup> quando afirmam que o sofrimento provocado pelos sintomas da esquizofrenia induz alguns sujeitos e seus familiares a optar pela internação psiquiátrica, buscando diminuir ou acabar com tal sofrimento. Outros têm na internação atual uma forma de sobrevivência e um modo de se distanciarem de alguns vícios e de conter a agressividade.

E ainda, segundo os mesmos autores, a demanda por internações asilares pode ser justificada pela falta de tratamento adequado por parte do CAPS, que pode não atender as expectativas e demandas individuais dessas pessoas<sup>16</sup>. Os sujeitos egressos de longas internações frequentemente identificam dificuldades na vinculação e adaptação ao CAPS<sup>16</sup>.

Conforme consta na figura 2, sobre a espacialização da morbidade e mortalidade, revelou que há uma alta interação espacial entre os estados. Esse achado é discordante do observado no estudo de Santos e Barbosa<sup>7</sup>, cujos resultados evidenciam uma distribuição espacial de caráter aleatório, sem formação de cluster quando associada aos fatores socioeconômicos analisados.

Essa variação entre os estados nordestinos traz um contexto de transformações, a transição epidemiológica pela qual o Brasil tem passado nas últimas décadas caracterizou-se pelo aumento de doenças crônicas, transtornos mentais e neoplasias.

Parte-se do princípio de que a saúde mental sofre os efeitos dos territórios, de forma que é neste que se encontram os mais importantes determinantes de saúde das populações, uma vez que, a depender do modo de organização da comunidade, da oferta de serviços de saúde, das políticas públicas e de governo e da distribuição de renda, os moradores do território podem vivenciar menor ou maior exposição à vulnerabilidades. A Organização Mundial da Saúde – OMS ratifica que a injustiça social é fato causador das desigualdades, que interfere diretamente ou não nas condições de vida das populações, sendo este um atual desafio para a formulação de políticas sociais.

Em que pesem os avanços alcançados quanto a alguns indicadores sociais brasileiros, a estrutura

desigual de distribuição de renda persiste, entretanto, este fato sozinho não é responsável pelas más condições de saúde, fato materializado pelos países em que o Produto Interno Bruto (PIB) é elevado, mas não necessariamente garante indicadores satisfatórios em saúde. A determinação social da saúde envolve também fatores como existência de uma rede de serviços públicos de qualidade, acessíveis e com recursos comunitários<sup>17</sup>.

Tal perspectiva, no campo da saúde mental, comporta-se de forma igual, assumindo que este é um fenômeno social, humano e coletivo, não um fato biológico e individual, como ratifica o *Draft comprehensive mental health action plan 2013–*

2020, pela OMS<sup>18</sup>.

A Portaria 3.659/201819, traz a suspensão do repasse financeiro no valor de mais de 300 serviços e, em seguida, a Portaria 3.718/201820 exige a devolução do incentivo para a implantação de serviços pelo Ministério da Saúde. Essa informação evidencia os investimentos na promoção da saúde mental.

Nessa perspectiva, os Estados do Nordeste do Brasil devem unir-se para atender com integralidade, equidade e universalidade os muitos usuários com sofrimento mental inserido nas comunidades e que devem ser acolhidos em suas necessidades, não apenas biológicas, mas, principalmente, psicossociais.

## CONCLUSÃO

Destaca-se que mortes e internações pelo consumo de álcool e fumo permanecem com altos números no Nordeste do Brasil, entre os anos 2007 e 2016, embora haja fatores que mascaram esses dados, como a subnotificação. Outros dados informaram que as mortalidades por TH e OTMC sofrem influência de variáveis como faixa etária, sexo, escolaridade e estado civil, o que denota a necessidade de alternativas voltadas às especificidades de cada público, principalmente aos grupos mais atingidos.

Portanto, o planejamento das ações em saúde na Atenção Básica, em concomitância com as políticas locais de saúde mental, pode auxiliar na definição das responsabilidades de cada equipamento da rede de saúde, bem como na condução das atividades desenvolvidas nas comunidades. Por fim, é imprescindível os ajustes e reformulações nas ações de saúde para prevenção do adoecimento mental, através do fortalecimento dos serviços substitutivos e da Atenção Básica para acolhimento dos usuários na comunidade.

## REFERÊNCIAS

- 1- Amarante, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- 2- Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira [Tese da Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2006 [acesso em 2020 Jun 16]. 208 p. DOI 10.1590/S0102-311X2011000300023.
- 3- Nunes JMS, Guimarães JMX, Sampaio JJC. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [Acesso em 2020 Jun 16];26(4):1213-1232. DOI 10.1590/s0103-73312016000400008.
- 4- Ministério da Saúde (BR). Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a organização e os serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 1990 [Acesso em 2020 Jun 16]. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)
- 5- Jorge MSB, Randemark NFR, Queiroz MVO, Ruiz EM. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2006 [Acesso em 2020 Jun 16];59(6):734-739. DOI 10.1590/S0034-71672006000600003.
- 6- Morgado AF, Coutinho ESF. Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 1985 [Acesso em 2020 Jun 16];1(3):327-347. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/1985.v1n3/327-347/pt>
- 7- Santos EGO, Barbosa IR. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2017 [Acesso em 2020 Jun 16];25(3):371-8. DOI: 10.1590/1414-462x201700030015.

- 8- Souza MLP. Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica do Brasil, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 [Acesso em 2020 Jun 16];25(2):405-410. DOI 10.5123/S1679-49742016000200018.
- 9- Branquinho JS, Gomes FA, Silva RP, Leite MMA, Candido MCFS, Lima LA, Bispo IMG. Doenças crônicas em pacientes com transtornos mentais. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* [Internet]. 2014 [Acesso em 2020 Jun 16];5:2458-64. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/1003>
- 10- Brasil. Departamento de informática do SUS – DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>
- 11- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet]. 2011 [Acesso em 2020 Jun 16]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- 12- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília : Ministério da Saúde [Internet]. 2015 [Acesso em 2020 Jun 16]. 2. ed. 98 p. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf)
- 13- Silva Junior JS, Fischer FM. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *São Paulo: Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [Acesso em 2020 Jun 16];48(1):186-90. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004802.
- 14- Bohland AK, Gonçalves AR. Mortalidade atribuível ao consumo de bebidas alcoólicas. *Ribeirão Preto: Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* [Internet]. 2015 [Acesso em 2020 Jun 16];11(3):136-44. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v11i3p136-144.
- 15- Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população: 10 de outubro de 2016. 2016 [Acesso em 2020 Jun 16]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839).
- 16- Pereira AR, Joazeiro G. Percepção da internação em hospital psiquiátrico por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *São Paulo: O Mundo da Saúde* [Internet]. 2015 [Acesso em 2020 Jun 16];39(4):476-83. DOI: 10.15343/0104-7809.20153904476483.
- 17- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000. Características Gerais da População. Resultados da Amostra. 2003 [Acesso em 2020 Jun 16]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default\\_populacao.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_populacao.shtm).
- 18- World Health Organization. Mental health action plan 2013–2020. Genebra. 2013 [Acesso em 2020 Jun 16]. Disponível em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf;jsessionid=0703D8AE5E0C4F7A375179CFF7AD3192?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=0703D8AE5E0C4F7A375179CFF7AD3192?sequence=1).
- 19- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018. Estabelece a suspensão temporária do recursos do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2018 [Acesso em 2020 Jun 16]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2018/prt3659\\_16\\_11\\_2018.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2018/prt3659_16_11_2018.html).
- 20- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018. Lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2018 [Acesso em 2020 Jun 16]. Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51521189/do1-2018-11-23-portaria-n-3-718-de-22-de-novembro-de-2018-51521040](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51521189/do1-2018-11-23-portaria-n-3-718-de-22-de-novembro-de-2018-51521040).

Recebido em outubro de 2019.  
Aceito em agosto de 2020.