

Indicadores de Saúde Mental e Cobertura da Rede de Atenção Psicossocial para Populações Indígenas no Ceará, Brasil

Mental Health Indicators and Coverage of the Psychosocial Care Network for Indigenous Populations in Ceará in Brazil

Indicadores de Salud Mental y Cobertura de la Red de Atención Psicossocial a Poblaciones Indígenas de Ceará Brasil

James Ferreira Moura Junior (<https://orcid.org/0000-0003-0595-5861>)¹
Larissa Niemann Pellicer (<https://orcid.org/0000-0003-3947-7140>)¹
Thayane Bandeira Girão (<https://orcid.org/0009-0008-8031-489X>)²
Merremmi Karão Jaguaribaras (<https://orcid.org/0000-0003-1400-7177>)³
Antonia Vanderli Alves do Nascimento (<https://orcid.org/0009-0000-7184-9683>)⁴
Rosa Pitaguary (<https://orcid.org/0009-0007-8148-3372>)³
Juliana Alves Jenipapo Kanindé (<https://orcid.org/0009-0001-0204-3755>)⁵
Magda Dimenstein (<https://orcid.org/0000-0002-5000-2915>)⁶

Resumo Esse estudo objetiva analisar a cobertura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os indicadores de saúde mental nos municípios cearenses com e sem presença de populações indígenas. Foram utilizados distintos bancos de dados públicos acerca da situação e dos serviços de saúde mental ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS). Foram realizadas análises descritivas e os testes não-paramétricos de Mann Whitney e Kruskal-Wallis. Observou-se que a cobertura da Atenção Primária e alguns equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial estão mais presentes nos municípios com populações indígenas aldeadas. Essa retaguarda de serviços não impede a prevalência agravante de indicadores de saúde mental (óbitos por suicídio, suicídio por violência auto infligida, suicídio por intoxicação exógena) para os municípios com populações indígenas. Dialogando com autores e autoras indígenas, a violência, a discriminação e o apagamento fundados na colonização ainda têm incidência na saúde mental dessas populações, verificados nos indicadores de desfecho em saúde apresentados. Os serviços de saúde ainda precisam avançar na cobertura e atuação para focar nessa realidade alarmante de indicadores de saúde mental para as populações indígenas.

Palavras-chave Saúde Mental em Grupos Étnicos; Saúde de Populações Indígenas; Serviços de Saúde; Cobertura de Serviços de Saúde

Abstract This study aims to analyze the coverage of the Psychosocial Care Network (RAPS) and mental health indicators in municipalities in Ceará with and without indigenous populations. Different public databases on the situation and mental health services offered by the Unified Health System (SUS) were used. Descriptive analyses and the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis non-parametric tests were carried out. It was observed that the coverage of Primary Care and some of the Psychosocial Care Network are more present in municipalities with indigenous settlements. This backup of services does not prevent the aggravating prevalence of mental health indicators (deaths by suicide, suicide by self-inflicted violence, suicide by exogenous intoxication) in municipalities with indigenous populations. In dialogue with indigenous authors, violence, discrimination, and erasure based on colonization still impact the mental health of indigenous people, as seen in the health outcome indicators presented. Health services still need to advance in coverage and action to focus on this alarming reality of mental health indicators for indigenous populations.

Keywords Mental Health in Ethnic Groups; Health of Indigenous Populations; Health Services; Health Services Coverage

Resumen Este estudio tiene como objetivo analizar la cobertura de la Red de Atención Psicossocial (RAPS) y los indicadores de salud mental en municipios de Ceará con y sin presencia de población indígena. Se utilizaron diferentes bases de datos públicas sobre la situación y los servicios de salud mental ofrecidos en el Sistema Único de Salud (SUS). Se realizaron análisis descriptivos y pruebas no paramétricas de Mann Whitney y Kruskal-Wallis. Se observó que la cobertura de Atención Primaria y algunos equipamientos de la Red de Atención Psicossocial están más disponibles en los municipios con población de aldeas indígenas. Este respaldo de servicios no evita la agravante prevalencia de indicadores de salud mental (muertes por suicidio, suicidio por violencia autoinfligida, suicidio por intoxicación exógena) para los municipios con población indígena. El diálogo con autores indígenas, la violencia, la discriminación y el borrado basado en la colonización aún tienen un impacto en la salud mental de estas poblaciones, verificado en los indicadores de resultados de salud presentados. Los servicios de salud aún necesitan avanzar en cobertura y acción para enfocar esta alarmante realidad de los indicadores de salud mental de las poblaciones indígenas.

Palabras clave Salud Mental en Grupos Étnicos; Salud de las Poblaciones Indígenas; Servicios de Salud; Cobertura de Servicios de Salud

¹Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Av. Humberto Monte - Pici, 60455-760. Fortaleza CE Brasil.

mourajr@unilab.edu.br

²Universidade Federal do Ceará (UFC) Fortaleza CE Brasil.

³Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) Fortaleza CE Brasil.

⁴Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza CE Brasil.

⁵Secretaria dos Povos Indígenas do Governo do Estado do Ceará, Fortaleza CE Brasil.

⁶Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal RN Brasil.

Introdução

Este artigo discorre sobre a cobertura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos indicadores de saúde mental nos municípios cearenses com e sem presença de populações indígenas, que foi decorrente dos estudos quantitativos com uso de diversas fontes de dados secundários de pesquisa: uma pesquisa do Programa de Gestão para Sistema Único de Saúde (PPSUS) financiada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, e uma pesquisa da agência estadual de fomento a Pesquisa. A pesquisa foi composta por dois estudos integrados e complementares, avaliando os indicadores de saúde mental e a cobertura da Rede de Atenção Psicossocial. Há uma inovação em integrar diversas bases de dados com foco em duas grandes dimensões: serviços de saúde e indicadores¹. Por outro lado, há uma dificuldade de integrar os indicadores com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial². As informações acerca da situação de saúde mental e sobre a cobertura e o acesso aos cuidados por comunidades indígenas encontram-se disponíveis em distintas fontes e bancos de dados públicos, mas amplamente fragmentadas e desconhecidas no meio científico³.

Assim, esse artigo tem um caráter inovador ao realizar uma análise integrada da cobertura da Rede de Atenção Psicossocial e dos Indicadores Psicossocial de todas os municípios de um estado no Nordeste do Brasil, comparando com populações indígenas aldeadas, não-aldeadas e sem populações indígenas. Além disso, há o objetivo de analisar a cobertura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os indicadores de saúde mental nos municípios cearenses com e sem presença de populações indígenas. Dessa forma, o artigo contribui para a elucidação e a reflexão de duas questões pouco discutidas no âmbito da temática indígena: a saúde mental nos serviços de saúde pública e a (re)existência dos povos indígenas no nordeste brasileiro.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) têm como marco norteador de suas formulações e implementações a luta pela redemocratização do Estado brasileiro, sendo a Constituição de 1988 a representação desta mudança de paradigma⁴. Como principal bandeira, havia a defesa de uma noção de saúde que ultrapassasse uma questão exclusivamente biológica - como até então era tratada, sendo resolvida unicamente através dos serviços

médicos. Desse modo, compreendiam a saúde como uma questão social e política, a ser abordada no espaço público⁵.

A noção de saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado só foi aprovada em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento fundamental na história de construção de uma nova Política Nacional de Saúde. As reformulações propostas pelo movimento da reforma sanitária e, aprovadas neste ano, deram a base institucional necessária para se delinear os fundamentos do SUS⁶. Concomitante à 8ª Conferência Nacional de Saúde, também em 1986, ocorre a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Indígena, palco das primeiras discussões acerca do modelo de atenção à saúde destas populações. A partir dos temas principais sobre a criação de um único órgão vinculado ao ministério responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS), para gerenciamento da saúde indígena e participação dos indígenas na formulação da política de saúde, coloca-se em pauta princípios estruturantes relacionados à tolerância e respeito à diferença cultural presente nos diversos povos indígenas, assim como o reconhecimento e a incorporação de suas diferentes práticas terapêuticas nos serviços que lhe seriam direcionados⁷.

A Constituição de 1988 inaugura as bases para a criação de Políticas Públicas (PP) voltadas para a efetivação dos direitos diferenciados dos povos indígenas, na medida em que passa a reconhecer a pessoa indígena como cidadã brasileira, superando a noção de tutela e assistencialismo⁸. É somente através do reconhecimento do indígena como cidadão que torna-se possível pensar em direitos sociais específicos e, portanto, na construção de legislações e PPs que assegurem essa população. Assim, a Lei 9836/99, conhecida como Lei Arouca, complementa a Lei Orgânica da Saúde na medida em que cria, dentro do SUS, um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) incorporando, desse modo, a noção de atenção diferenciada a essa população, que só seria efetivada em 1999, através da criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas⁹.

É também em 1999 que o Decreto nº 3156 regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, delegando à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) a responsabilidade de gerência e execução da política. No entanto, em 2010, o Decreto Presidencial nº 7.336 transfere a responsabilidade de gestão do subsistema à Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena

(SESAI), criada neste mesmo ano pelo Ministério da Saúde (MS)¹⁰.

A PNASPI, aprovada pela portaria nº 254, em 2002, integra-se à Política Nacional de Saúde, no propósito de compatibilizar a Lei 8080/90 com a Constituição de 1988. A necessidade de uma atenção à saúde diferenciada para esta diversidade de povos é posta, principalmente, na primeira diretriz da política, através da criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). O DSEI se configura como um modelo de organização deserviços na forma de distritos sanitários e Pólos-Base no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam¹¹.

Cada distrito, orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem definido, organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. Os distritos, desse modo, seguem o princípio de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde previstos na Lei 8080/90. Nesse sentido, é previsto pela rede de serviços de cada DSEI a existência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas aldeias ou em pólos-bases, localizados numa comunidade indígena ou no município de referência. São funções dos pólos base cobrir um conjunto de aldeias e sua equipe realizando, para além da assistência à saúde, à capacitação e à supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS)¹².

A institucionalização da política vai ocorrer de fato com a publicação da Portaria 2.759 de 25 de outubro de 2007, que “Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor”. A Saúde Indígena deve estar integrada à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta se volta para o acolhimento das pessoas em situação de sofrimento, com demandas decorrentes dos transtornos mentais onde há o uso abusivo de álcool e outras drogas¹³. A incorporação de ações de atenção psicossocial nos cuidados primários exige que as equipes estejam sensíveis para a identificação de situações, demandas e possibilidades de atuação que extrapolam a dimensão biológica¹⁴. Parte-se da perspectiva de que os pontos de coesão no tecido social são espaços produtores de saúde mental e bem viver e podem diminuir vulnerabilidades sociais e individuais. Os agravos relacionados à saúde mental das populações indígenas têm forte relação com o esgarçamento

do tecido social das comunidades e este será um dos principais objetos de atuação dos profissionais¹⁵.

Apesar de termos um sistema de saúde universal e público como o Sistema Único de Saúde (SUS) e fortes ferramentas tais quais a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os DSEI na Atenção Primária, um dos grandes desafios é fazer com que suas ações na área da Saúde Mental se efetivem junto aos grupos étnicos¹⁶. Os contextos rurais, locais de moradia e de trabalho de quase a totalidade dos povos indígenas, que vivem organizados como coletividades no país, são espaços de difícil acesso, com precárias condições de infraestrutura (estradas, transporte, postos de saúde), marcados por modelos de administração e gestão pública que impedem o funcionamento de redes integradas e inter-setoriais, como o clientelismo, a corrupção e a burocracia; aspectos que representam condições desvantajosas para a garantia de cobertura e para a oferta qualificada de cuidados, especialmente em saúde mental¹⁷.

Método

Foi realizado um estudo quantitativo com utilização de diversas fontes de dados secundários: microdados recuperados da base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); dados da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e Secretaria Especial de Saúde Indígena – (SESAI) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SasiSUS) e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs); dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM/MS) – equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) – equipamentos de saúde, segundo gestão pública ou privada, números de profissionais por Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), histórico das habilitações, número de leitos; base de dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) – equipes de APS; e DATASUS, por região de saúde e município aos seguintes indicadores: número de óbitos, mortalidade proporcional e taxa de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais, uso de substâncias psicoativas e suicídio nas séries históricas 2010-2020.

O material primário obtido foi depositado no repositório SciELO: <https://doi.org/10.48331/scielodata.A3RHWN>

Inicialmente, foi feita uma caracterização geral dos 184 municípios que serviram como amostra para as análises. A maioria dos municípios pertenciam à região de Fortaleza (54,89) e eram de pequeno porte (80,98). Quanto à presença de comunidades indígenas: 9,24% possuíam comunidade indígena aldeada e 6,52% comunidades não aldeadas. Adicionalmente, identificamos que existem nove municípios que possuem, simultaneamente, comunidades indígenas aldeadas e comunidades quilombolas, são eles: Crateús, Itapipoca, Acaraú, Caucaia, Tamboril, Monsenhor Tabosa, Novo Oriente, Quiterianópolis e São Benedito. Além disso, não havia nenhum município com comunidade indígena não aldeada e com comunidade quilombola.

As comunidades aldeadas ficam em sua maioria em municípios de pequeno e médio porte e as não aldeadas majoritariamente em municípios de pequeno porte. O percentual de municípios em desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços é maior para aqueles com comunidades não aldeadas, seguido dos sem comunidade indígena e com comunidade aldeada. Há, percentualmente, mais municípios de médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços com comunidades aldeadas do que sem comunidade indígena ou com comunidades não aldeadas. Todos os municípios de médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços não possuem comunidade indígena. Por fim, os municípios de alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços são proporcionalmente (?) mais aquelas com comunidades não aldeadas, com comunidades aldeadas e sem comunidade indígena.

Análises descritivas foram conduzidas para conhecer as características gerais dos municípios incluídos nas análises. Para as comparações entre os municípios conforme a presença de comunidades indígenas (aldeadas, não aldeadas ou sem comunidade), a partir dos dados com distribuição normal, foram realizados teste t e Análise de Variância. A partir dos dados que violam a normalidade, foram conduzidos os respectivos testes não paramétricos, Mann Whitney e Kruskal-Wallis. A análise da normalidade foi feita a partir de inspeção gráfica e da variação da assimetria e curtose¹⁸, considerados normais os dados com distribuição entre +1 e -1. Para as comparações dos equipamentos de saúde mental foi utilizado como critério ter ou não esses equipamentos, portanto, a compa-

ração foi feita por meio de teste qui-quadrado. Os dados foram analisados a partir do programa estatístico JASP 0.16.0.0.

A interpretação dos tamanhos de efeito foi realizada a partir de diferentes pontos de corte¹⁹. Para o V Cramer (qui-quadrado), o tamanho de efeito correlação ponto bisserial (Mann Whitney) e o Tamanho de efeito post hoc de Dunn (Kruskal-Wallis efeito específico de comparação entre grupo; post-hoc de Dunn), os parâmetros foram os seguintes: 0,1-0,3 (pequeno), 0,4-0,5 (médio) e >0,5 (forte). Para interpretar os de Cohen (teste t): 0,2 - 0,3 (pequeno), 0,5 (médio) e >0,8 (forte). Para interpretar o ϵ ϵ epsilon ao quadrado (Kruskal-Wallis efeito geral) e o ϵ ϵ eta ao quadrado ao quadrado (ANOVA): 0,01 (pequeno), 0,06 (médio) e 0,14 (grande).

Resultados

Foram realizados testes Kruskal-Wallis, ANOVA e qui-quadrado para comparar os municípios aldeadas, não aldeadas ou sem comunidade indígena, em relação a uma série de indicadores sociais. A primeira leva dessas comparações foi em relação ao Teto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estabelecido pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), no período de dezembro de 2019, ? aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) credenciados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), ao Teto de Estratégia Saúde da Família (ESF) estabelecido pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), no período de dezembro de 2019, e as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) credenciadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB).

Os resultados foram, significativamente, diferentes para todos os indicadores, com um escalonamento das medianas indo da maior para a menor seguindo a ordem de municípios com comunidade aldeada, municípios com comunidade não aldeada e municípios sem comunidade indígena (Tabela 1).

O teste post-hoc de Dunn-Bonferroni identificou diferença significativa entre os municípios sem comunidade indígena e os com comunidades aldeada para o Teto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estabelecidos pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) no período de dezembro de 2020 ($H = 41,274$, H padronizado = 3,033, p ajustado < 0,01, tamanho de efeito = 0,23), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) credenciados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) ($H = 39,976$, H padronizado = 2,938, p ajustado < 0,01, tama-

nho de efeito = 0,22), o Teto de Estratégia Saúde da Família (ESF) estabelecido pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), no período de dezembro de 2020 ($H = 41,734$, p ajustado $< 0,01$, H padronizado = 3,071, tamanho de efeito = 0,23), as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) credenciadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) ($H = 42,113$, p ajustado $< 0,01$, H padronizado = 3,101, tamanho de efeito = 0,24). Em todos os casos os municípios com comunidades aldeadas apresentaram as maiores medianas. Ou seja, há uma melhor oferta dos serviços de saúde nesses municípios.

Em seguida, foram comparados a quantidade de Núcleos de Apoio a Saúde da Família tipo 1 (NASF 1) credenciada pelo Departamento de Atenção Básica, a soma de Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) credenciada, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Os resultados foram significativamente diferentes para todos os indicadores, com os ci com comunidades aldeadas apresentando as maiores medianas para todos os indicadores (Tabela 2).

O teste post-hoc de Dunn-Bonferroni identificou diferença significativa entre os municípios sem comunidade indígena e os com comunidades aldeada para Núcleos de Apoio a Saúde da Família tipo 1 (NASF 1), credenciados pelo Departamento de Atenção Básica ($H = 38,711$, p ajustado $< 0,01$, H padronizado = 3,050, tamanho de efeito = 0,23). A soma de Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) credenciada (SOMA NASF credenciado) ($H = 38,537$, p ajustado $< 0,01$, H padronizado = 3,422, tamanho de efeito = 0,26) e UBS ($H = 40,927$, p ajustado $< 0,01$, H padronizado = 3,013, tamanho de efeito = 0,23), ESF ($H = 36,675$, p ajustado $< 0,05$, H padronizado = 2,701, tamanho de efeito = 0,21).

Em todos os casos as maiores medianas foram para os municípios com comunidades aldeadas. Dessa maneira, há mais ofertas de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) nesses municípios.

Quanto à frequência de municípios que possuem ou não Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS ad II), Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) e Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), conforme a classificação como possuindo comunidade aldeada, não aldeada e sem comunidade indígena, a diferença foi significativa para a oferta de Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), com os municípios com comunidade aldeada apresentando uma maior frequência de oferta do que os sem comunidade Indígena (Tabela 3) O porte municipal e população de cada município com a presença ou ausência dos referidos equipamentos está presente neste link: Tabela com informações populacionais dos municípios com cearenses com CAPs em cidades com populações indígenas aldeadas, não-aldeadas e sem populações indígenas.. Já a oferta de Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS ad II) não diferem significativamente.

A seguir, a Tabela 4 apresenta a comparação de leitos em hospital geral (HG), leitos totais, internações e óbitos hospitalares e gerais por transtornos mentais e comportamentais, óbitos devido ao uso de substância psicoativa e devido ao uso de álcool.

Os testes post-hoc de Dunn-Bonferroni identificou diferença significativa entre os municípios sem comunidade indígena e os com comunidades aldeada para os óbitos em geral

Tabela 1. Comparação do TETO ACS DAB (DEZ/2019), ACS credenciados DAB, TETO ESF DAB (DEZ/2019) e ESF credenciadas DAB conforme municípios aldeadas, não aldeadas ou sem comunidade Indígena.

	Aldeada Mdn	Não Aldeada Mdn	Sem comunidade Indígena Mdn	Todos os Municípios Mdn/M(DP)	Kruskal- Wallis H (gl)	Tamanho de efeito ϵ^2
TETO ACS DAS (DEZ/2020)	116	137 (89,5)	50	53,5	10,529** (2)	0,06
ACS credenciados DAB	100	7 (4,6)	46	50	9,909** (2)	0,05
TETO ESF DAB (DEZ/2020)	23	5 (3,3)	10	11	10,767** (2)	0,06
ESF credenciadas DAB	16	12,50	9	9	10,992** (2)	0,06

Tabela 2. Comparação de NASF 1 DAB credenciado, NASF 2 DAB credenciado, UBS, ESF e soma NASF credenciado conforme municípios aldeadas, não aldeadas ou sem comunidade Indígena.

	Aldeada Mdn/M (-DP)	Não Aldeada Mdn/M(DP)	Sem comunidade Indígena Mdn/M (DP)	Todos os Municípios Mdn/M(DP)	Kruskal- Wallis H (gl)	Tamanho de efeito ϵ^2
NASF 1 DAB credenciado	2	1	1	1	9,602** (2)	0,05
NASF 2 DAB credenciados	0,12	0,17	0,23	0,21	0,609 (2,181)	0,01
Soma NASF credenciado	2	1	1	1	11,871*** (2)	0,07
UBS	16	10	9	10	9,144** (2)	0,05
ESF	15	10,50	9	9	7,827*** (2)	0,04

por transtornos mentais e comportamentais (2008-2020) ($H = 49,935$, p ajustado $< 0,001$, H padronizado = 3,637, tamanho de efeito = 0,28), óbitos devido ao uso de substância psicoativa (2008-2020) ($H = 45,384$, p ajustado $< 0,01$, H padronizado = 3,337, tamanho de efeito = 0,25), óbitos devido ao uso de álcool (2008-2020) ($H = 47,384$, p ajustado $< 0,001$, H padronizado = 3,484, tamanho de efeito = 0,26). Em todos os casos as medianas maiores foram para os municípios com comunidade aldeada. Os indicadores analisados têm maior frequência nesses municípios com comunidades aldeadas. A Tabela 5 apresenta a comparação de diversos indicadores relacionados ao suicídio, bem como um de casos de violência interpessoal e autoprovocada.

Os testes post-hoc de Dunn-Bonferro-ni identificaram diferença significativa entre os municípios sem comunidade indígena e os com comunidades aldeadas para os óbitos por suicídio (2008-2020) ($H = 47,633$, p ajustado $< 0,001$, H padronizado = 3,502, tamanho de efeito = 0,27), suicídio por comportamento de violência autoinfligida (2008-2020) ($H = 47,322$, p ajustado $< 0,01$, H padronizado = 3,479, tamanho de efeito = 0,26), suicídio por comportamento de intoxicação exógena (2008-2020) ($H = 41,974$, p ajustado $< 0,01$, H padronizado = 3,327, tamanho de efeito = 0,25), tentativa de suicídio por intoxicação exógena (2008-2020) ($H = 40,180$, p ajustado $< 0,01$, H padronizado = 2,954, tamanho de efeito = 0,22) e casos de violência interpessoal e autoprovocada (2009-2020) ($H = 44,026$, p ajustado $< 0,01$, H padronizado = 3,252, tamanho de efeito = 0,25). Além disso, houve diferença significativa entre os municípios sem comunidade indígena e os com comunidades não aldeadas para suicídio por comportamento de intoxicação exógena

(2008-2020) ($H = 35,751$, p ajustado $< 0,05$, H padronizado = 2,337, tamanho de efeito = 0,19).

Discussão

Os resultados indicam que os municípios cearenses com comunidades aldeadas têm indicadores mais elevados quando comparados com os outros municípios no tocante aos equipamentos e serviços da Atenção Primária. Todavia, para a cobertura da rede de saúde, as médias, em geral, foram maiores para os municípios com comunidade indígena não aldeada, mas essa medida é influenciada pela presença de alguns poucos municípios com uma grande quantidade de cobertura neste grupo. Igualmente, por conta das premissas de integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde, a cobertura da Atenção Primária tem uma abrangência nacional significativa²⁰. A análise adequada para Teto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estabelecido pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), credenciados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), Teto de Estratégia Saúde da Família estabelecido pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), Estratégia Saúde da Família (ESF) credenciada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), Núcleo de Apoio à Saúde da Família I (NASF I) credenciado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), Soma Núcleo de Apoio à Saúde da Família I (NASF I) credenciados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a partir da mediana, com valores significativamente maiores para os municípios com comunidade indígena aldeada seguido dos municípios com comunidade indígena não aldeada. Houve um fortalecimento das equipes da Estra-

Tabela 3. Porcentagem de municípios com CAPS ad II, CAPS I, CAPS II e CAPSi, de acordo com comunidades aldeadas, não aldeadas ou sem comunidade Indígena.

Oferta	Aldeada n (%)	Não Aldeada n (%)	Sem comunidade Indígena n (%)	Todos os Municípios n (%)	X ²	Tamanho de efeito V de Cramer
CAPS ad II	3 (17,6)	3 (25)	15 (9,7)	21 (11,41)	3,30	0,13
CAPS I	7 (41,2)	7 (58,3)	73 (47,4)	87 (47,2)	0,84	0,07
CAPS II	8 (47,1)	3 (25)	15 (9,7)	26 (14,1)	18,89*	0,32
CAPSi	5 (29,4)	1 (8,3)	7 (4,5)	13 (7,0)	14,49*	0,28

Tabela 4. Comparação de tempo médio de permanência na internação, leitos DE, internações e óbitos hospitalares e gerais por transtornos mentais e comportamentais, óbitos devido ao uso de substância psicoativa e devido ao uso de álcool, conforme municípios aldeadas, não aldeadas ou sem comunidade Indígena.

	Aldeada Mdn	Não Aldeada Mdn	Sem comunidade Indígena Mdn	Todos os Municípios Mdn	Kruskal- Wallis H (gl)	Tamanho de efeito εε
Tempo médio de permanência na internação (dias) (2008-2020)a	26,12	21,60	27,94	27,36	1,842 (2, 181)	0,02
Internação hospitalar em transtornos mentais e comportamentais (2008-2020)	203,50	108	129	129	3,537 (2)	0,02
Internações por 1000 habitantes (2008-2020)	5,20	4,50	5,96	5,82	3,808 (2)	0,02
Óbitos hospitalar em transtornos mentais e comportamentais por 1000 habitantes (2008-2020)	0,02	0,02	0,03	0,03	1,098 (2)	0,01
Óbitos em geral por transtornos mentais e comportamentais (2008-2020)	57	31,50	22	25	15,82* (2)	0,09
Óbitos devido ao uso substância psicoativa (2008-2020)	29	25,50	17	19	14,385* (2)	0,04
Óbitos devido ao Uso de Álcool (2008-2020)	26	22,50	12	14,5	14,740* (2)	0,08

tégia de Saúde da Família no Brasil²¹. Esse fato junto com a prevalência de equipes da Saúde Indígena pode fortalecer a cobertura da Atenção Primária dos municípios com povos indígenas²². Isso indica que há uma tendência de que estes municípios possuam a melhor cobertura de saúde em comparação com os municípios sem comunidade indígena, especialmente, em relação aos municípios com comunidade indígena aldeada.

Especificamente em relação à cobertura de saúde mental, houve diferença significativa na comparação dos municípios, com os municípios com comunidade indígena aldeada apresentando, proporcionalmente, os maiores percentuais de Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). Isso indica que há uma tendência de que os municípios com comunidade

Tabela 5. Comparação de óbitos por suicídio, tentativas de suicídio, suicídio por comportamento de violência autoinfligida, taxa e tentativa de suicídio por intoxicação exógena e casos de violência interpessoal e autoprovocada, conforme municípios aldeadas, não aldeadas ou sem comunidade Indígena.

	Aldeada Mdn	Não Aldeada Mdn	Sem Comunidade Indígena Mdn	Todos os Municípios Mdn	Kruskal-Wallis H (gl)	Tamanho de efeito $\epsilon\epsilon$
Óbitos por suicídio (2008-2020)	36	24	18	21	13,393* (2)	0,07
Suicídio por comportamento de violência autoinfligida (2008-2020)	34	22	18	19	12,876** (2)	0,07
Suicídio por comportamento de intoxicação exógena (2008-2020)	2	2	0	0,50	15,661* (2)	0,09
Taxa de Suicídio por comportamento de intoxicação exógena por 100mil (2008-2020)	3,74	4,80	0	0,48	6,636*** (2)	0,04
Tentativa de suicídio por intoxicação exógena (2008-2020)	51	25,50	18	20	10,289** (2)	0,06
Tentativa de Suicídio por 100 mil habitantes (2008-2020)	123,32	100,08	77,53	81,38	2,027 (2)	0,01
Tentativa de Suicídio por 100 mil habitantes (média por ano)	9,49	7,70	5,96	6,26	2,014 (2)	0,01
Casos de violência interpessoal e autoprovocada (2009-2020)	292	110,50	71	86	11,867** (2)	0,06

indígena possuam mais desses equipamentos, especialmente aquelas com comunidade aldeada. A cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil ainda precisa ser expandida, principalmente, para municípios de pequeno e médio porte²³.

Apesar da cobertura da Atenção Primária e dos CAPs estarem mais presentes nos municípios com comunidades indígenas que já têm à disposição os serviços da Saúde Indígena, há uma prevalência de indicadores negativos de saúde mental nessas mesmas. Isso deve ocorrer, porque, primeiramente, as causas do adoecimento psicossocial indígena são sociais e históricos, como discutiremos mais adiante. Além disso, como outros trabalhos já apontam²⁴, a Atenção Primária não está preparada

para acolher os casos de sofrimento psíquico, transtornos mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas considerando as especificidades culturais

Na maioria dos casos de adoecimento mental, a mediana maior foi para municípios com comunidades aldeadas, exceto para os indicadores de suicídio por comportamento de intoxicação exógena (2008-2020) e taxa de suicídio por comportamento de intoxicação exógena por 100 mil (2008-2020). Para o primeiro indicador, os municípios com comunidade aldeada e não aldeada tiveram a mesma mediana, diferenciando-se por ter uma mediana maior do que os municípios sem comunidade indígena. Já o segundo indicador, apesar de ter diferença significativa na comparação geral, não houve

diferença no post-hoc, ou seja, não há diferença entre as comparações dos grupos em pares.

Quanto aos indicadores de desfecho em saúde mental, a diferença foi significativa, com os municípios com comunidade indígena, principalmente, aqueles com comunidades aldeadas, apresentando uma tendência a ter mais casos de violência interpessoal e autoprovocada e maior quantidade de óbitos em geral por transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso substância psicoativa, uso de álcool e por suicídio. Ligado a este último indicador, apresentaram também maior tendência a suicídios por comportamento de violência autoinfligida e por comportamento de intoxicação exógena (valores absolutos e por 100 mil habitantes). Em resumo, os municípios com comunidade indígena tendem a apresentar os piores desfechos em saúde mental.

Além dos dados explicitados acima, são crescentes os documentos que denunciam os altos índices de suicídio, transtornos mentais e sofrimento psíquico entre populações indígenas do Brasil²⁵. Os aspectos de ordem econômica, social, cultural, política e ambiental que compõem os determinantes sociais da saúde e exercem uma influência direta sobre a qualidade de vida das populações que vivem tradicionalmente no campo e floresta, como os povos indígenas, devem ser levados em conta²⁶. Aspectos que estão, portanto, intrinsecamente associados aos adoecimentos e mortes. Para além dos indicadores de saúde mental, as zonas rurais, onde se encontram a maioria dessas comunidades tradicionais, apresentam os mais altos índices de insegurança alimentar, mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e analfabetismo no Brasil²⁷.

Portanto, para discutir os resultados encontrados, consideramos ser preciso dar atenção ao contexto histórico-social por detrás deles. Em consonância com Edinaldo dos Santos Rodrigues²⁸, psicólogo indígena do Povo Xukuru do Ororubá, que atuou na saúde indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Pernambuco, “os acontecimentos que levam as populações indígenas ao adoecimento mental, especificamente aqueles que habitam a região nordeste, são conflitos sociais e não podem ser tratados de forma individual.” (p. 231).

A partir de uma leitura crítica do cenário onde a pesquisa foi produzida, pontuamos como tais achados refletem um processo histórico baseado na violência, expropriação e exploração dessas populações que se perpetua

até hoje²⁹. Apesar do fim das administrações políticas coloniais, da independência das colônias e até da conquista de direitos fundamentais, as formas de dominação continuam a constituir a estrutura social³⁰. Vivemos cotidianamente a reprodução de esquemas de poder e hierarquias em e entre nós, dentro de casa e nas instituições, nos livros e no senso comum, na autoimagem dos povos³¹. E acrescentamos, na invalidação dos saberes tradicionais e sua exclusão dos equipamentos e serviços de saúde da Atenção Primária, na centralidade de certas temáticas, esquecendo outras, tais quais o adoecimento indígena.

Aqui, na periferia do mundo, onde os efeitos dessa trama de hierarquização são acentuados, as comunidades indígenas aldeadas e não aldeadas localizadas na extensão do Ceará tem sua existência e territórios historicamente negados, persistentemente invadidos, crescentemente pressionados por empreendimentos imobiliários e turísticos, cortados por estradas ou torres eólicas e em sua grande maioria ainda não foram plenamente regularizados – das quinze etnias declaradas indígenas, hoje, no Ceará, e vinte e uma terras pleiteadas, apenas duas, pertencentes ao povo Tremembé do Córrego João Pereira e da Barra do Mundaú se encontram regularizados. A partir dos conflitos territoriais, outras violações são derivadas ou se sobrepõem, dentre elas o agravo da saúde mental, verificado nos indicadores de desfecho em saúde apresentados acima.

A constante ameaça aos territórios originários modifica as características ambientais e relacionais, colocando consequentemente em risco a qualidade de vida dos povos e a estabilidade dos seus modos de organização coletiva³². É um cenário que provoca efeitos negativos sobre a saúde psicossocial das populações que resistem historicamente no Brasil e na América Latina de modo geral³³. Não é um acaso que os municípios com comunidade indígena apresentem os piores desfechos em saúde mental e uma tendência a ter mais casos de violência interpessoal e autoprovocada, maior quantidade de óbitos em geral por transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso substância psicoativa, ao uso de álcool e por suicídio.

Considerações Finais

Apesar da prevalência agravante de indicadores de saúde mental (óbitos por suicídio, suicídio por violência auto infligida, suicídio por intoxi-

cação exógena) nos municípios com populações indígenas aldeadas, observou-se que a cobertura da Atenção Primária e alguns equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial estão mais presentes nesses municípios. No entanto, diante do apresentado, destaca-se que essa retaguarda de serviços não impede o adoecimento mental das populações indígenas. Os serviços e equipamentos de saúde psicossocial ainda precisam avançar na formação profissional, de forma a viabilizar uma atuação atenta à essa realidade alarmante de indicadores de saúde mental para as populações indígenas.

O cuidado em saúde mental das populações indígenas têm suas especificidades e não pode ser transposto das práticas e dos modelos utilizados com a população não-indígena. Ademais, apesar do enquadramento ocidental presente nos indicadores e serviços de saúde formal que compõem este artigo, ressaltamos a presença de fatores históricos e socioeconômicos no processo de adoecimento dessas populações. Nesse sentido, o desafio consiste em pensar como os profissionais da Atenção Primária e da Rede de Atenção Psicossocial podem em conjunto com as comunidades e as lideranças construir intervenções que incidam e considerem tais fatores sociais, garantindo também o reconhecimento e incorporação das diferentes e tradicionais práticas terapêuticas indígenas nos serviços que lhe seriam direcionados.

Colaboradores

Os/as autores/as desenvolveram o estudo conjuntamente, contribuindo de forma equitativa para a discussão dos resultados. O manuscrito foi conduzido por JFM Junior, enquanto MD Dimenstein contribuiu na revisão do conteúdo e na redação da versão final do manuscrito. LN Pelliacer, TB Girão, MK Jaguaribaras, AVA Nascimento, R Pitaguary e JAJ Kanindé participaram da análise dos dados, contextualização teórica e contribuições na escrita e revisão do manuscrito.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

Repositório Scielo Data:

<https://doi.org/10.48331/scielodata.A3RHWN>

Referências

- Paranhos R, Figueiredo Filho DB, Rocha EC da, Silva Júnior JA da, Freitas D. Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias* 2016; 18(42):384-411.
- Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saude Publica* 2021; 37(3):e00042620.
- Dimenstein M, Macedo JP, Fontenele MG, Silva TM. A saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. *Sau & Soc* 2018; 9(1):70-85.
- Cardoso MD. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equivocados na política atual. *Cad de Sau Pub* 2014; 30(4): 860-866.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
- Ferreira L. *Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras*. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2015.
- Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI; 2012. p. 18-59.
- Cardoso MD. Políticas de Saúde Indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Langdon EJ, Cardoso MD. *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015. p. 83-106.
- Mendes AP, Leite MS, Lagdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Pan de Sal Pub* 2018; 42: 1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS), Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2.ed. Brasília: MS; 2002.
- Garnelo L, Maquiné A. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil. In: Langdon EJ, Cardoso MD. *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015. p. 107-144.
- Brasil, Ministério da Saúde (MS), Fundação Nacional De Saúde. Inquérito nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas. *Relatório final: análise dos dados*. Rio de Janeiro: MS; 2009.
- Brasil, Ministério da Saúde (MS). *Atenção Psicossocial aos Povos Indígenas: Tecendo redes de promoção do bem viver*. Brasília: MS; 2019.
- Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saude Publica* 2021; 37(3):e00042628.
- Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos, MGF. Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na atenção primária. *Interface* [Internet]. 2014 [acessado 2016 Out 7];18(48):61-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0061.pdf>
- Batista MQ, Zanello V. Saúde mental em contextos indígenas: Escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. *Estud psicol* 2016; 21(4):403.
- Santos L. Vulnerabilidade social, saúde mental, educação e solidariedade no Brasil, em tempos da COVID-19: Reflex bio RIB 2023; 21: 1-18.
- Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. Pearson: New York; 2018.
- Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. Pearson: New York; 2019.
- Souza SS. Acceso y cobertura en la Atención Primaria a la Salud: un análisis de los indicadores de tuberculosis en Brasil. *Enf Com* [Internet] 2019 [acessado 2023 ago 1] 15. Disponível em: <http://ciberindex.com/c/ec/e12395>
- Gomes CBS, Gutiérrez AC, Soranz D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Cien Sau Col* [Internet] 2017 [acessado 2023 ago 1]; 25 (4): 1327 - 1338. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>
- Mendes AP, Leite MS, Lagdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Pan de Sal Pub* 2018; 42: 1-6.
- Fernandes CJ, Lima AF de, Oliveira PRS de, Santos WS dos. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPs) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cad Saude Publica* [Internet] 2020 [acessado 2023 ago 1]; 36 (4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>
- Silva AF da, Mendonça MOL de, Silva RCF da, Correia IB. Entre ouvidos e palavras: um ensaio sobre medicina narrativa, redes sociais e humanização na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2023 [acessado 2023 Ago 1] 27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220467>
- Barbosa VFB, Cabral LB, Alexandre ACS. Medicalização e Saúde Indígena: uma análise do consumo de psicotrópicos pelos índios Xukuru de Cimbres. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2019 [acessado 2023 ago 1] 24 (8): 2993-3000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.22192017>
- Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WS dos. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPs) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [acessado 2302 ago. 1]; 36 (4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>

27. Dimenstein M, Macedo JP, Fontenele MG, Silva TM. A saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. *Sau & Soc* 2018[acessado 2023 Ago 1]; 9(1): 70-85.
28. Rodrigues ES. O lugar da psicologia nas questões indígenas. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. *Povos Indígenas e Psicologia: A Procura do Bem Viver*. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. – São Paulo: CRP SP; 2016.
29. Nunez GDL. Nhande ayvu é da cor da terra: perspectivas indígenas guarani sobre etnogenocídio, raça, etnia e branquitude [tese]. Florianópolis: UFSC; 2022.
30. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander E, organizador. *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais*. Buenos Aires: Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais – CLACSO; 2005.
31. Maldonado-Torres N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. In: Castro-Gómez S, Grosfoguel R, editores. *El gicodecolonial ...Bogotá: Siglo del Hombre*; 2007.
32. Nascimento KL, Azevedo SLM, Almeida MSP. As múltiplas faces do racismo ambiental no Brasil: uma revisão sistemática. *OLEL* [Internet]. 2023 [acessado 2023 Set. 14];21(6):5072-89. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/784>
33. Sri A, Bhugra D, Persaud A, Tribe R, Gnanapragasam S, Castaldelli-Maia JM, Torales J, Ventriglio A. Global mental health and climate change: A geo-psychiatry perspectiv. *Asian J Psychiatr* 2023; 84:103562.

Artigo apresentado em 26/09/2023

Aprovado em 31/01/2024

Versão final apresentada em 02/02/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva