



SUICÍDIOS, CENTROS DE APOIO PSICOSSOCIAL E A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO PARANÁ - BR

ADEIR ARCHANJO DA MOTA¹

Pesquisa em desenvolvimento no CEMESPP

RESUMO

Neste estudo o objetivo geral é analisar a acessibilidade das populações dos municípios paranaenses aos serviços de saúde mental. Teórico-metodologicamente nos fundamentou os conceitos de política pública, complexo patogênico e território. Para auxiliar a análise espacial, elaboramos mapas de dados absolutos e relativos de suicídios e das tentativas de suicídios. Os bancos de dados utilizados neste estudo são governamentais, com dados atualizados para os últimos anos, como o IBGE e o DATASUS. Apesar das crescentes taxas de suicídio na segunda metade do século XX no Brasil, no início do século XXI ocorreram avanços nas políticas públicas ao contemplar os serviços de saúde mental no nível da atenção básica. Um desafio atual é superar a Portaria nº 336/GM de 2002, que financia os Centros de Apoio Psicossociais apenas aos municípios com mais de 20 mil habitantes, pois observamos que diversos municípios altas taxas de suicídio possuem população menor que a exigida pela portaria. Ao concentrar quase totalidade dos serviços de saúde mental na Região Metropolitana de Curitiba e no Complexo Urbano Londrina-Maringá também ampliou as desigualdades sub-regionais.

Palavras chave: Política Pública; Serviços de saúde mental; Acessibilidade; Paraná.

INTRODUÇÃO

No mundo, conforme a Organização Mundial da Saúde (2010), quase cem pessoas por hora se suicidam, totalizando em média 844 mil suicídios por ano, sem levar em consideração as tentativas, que podem ser 20 vezes maior que os fatos consumados. A OMS aponta que nos últimos quarenta e cinco anos as taxas de suicídio aumentaram 60% no mundo, principalmente entre os jovens.

No Brasil, num prazo de treze anos (1998 a 2010), mais de cento e cinco mil pessoas se suicidaram, ou seja, em média 22 pessoas por dia se auto-infringiram (BRASIL, 2011). O suicídio é um fenômeno complexo, considerado uma atitude individual por parte dos psiquiatras e a consumação de um fenômeno social, conforme Durkheim (1986).

A Saúde Mental passou a ser contemplada efetivamente nas políticas públicas brasileiras de atenção básica somente no início do século XXI, uma conquista dos movimentos sociais pelas pressões exercidas nas três últimas décadas, assim como pelas “sugestões” de organismos supranacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

¹ Doutorando em Geografia pela PPGG/FCT/UNESP - Campus Presidente Prudente. Pesquisador do CEMESPP. Bolsista do CNPq – Brasil. email: arcanjogeo@hotmail.com



O bem-estar tem recebido poucos estudos por parte dos geógrafos, que tem abordado esta temática mais de forma indireta do que diretamente, sendo que a Geografia pode contribuir com os grandes temas do bem-estar e a saúde, por ser “un campo de esclarecimiento de los impactos-cambios-consecuencias benéficas o destructivas de la organización social que es siempre espacial” (IÑIGUEZ ROJAS, 2006, p. 227).

O conceito de complexo patogênico elaborado pelo geógrafo Max Sorre (1955) a mais de meio século, colaborou para compreender as relações entre os distintos ambientes e as patologias infecciosas. Corroborando com o estudo do tema, Iñiguez Rojas (2006, p. 233), a partir do conceito de Sorre e a discussão de Levins (1998), que afirma serem as ordens superiores a biosocial e a bio-psico-social, sintetiza que,

El concepto ampliado de complejo patógeno podría ser formulado como la entidad bio-psico-social de orden superior que resulta de la dependencia mutua entre los componentes y procesos biológicos, económicos, políticos y culturales que integran la sociedad e intervienen en la producción de cualquier problema de salud.

A partir destes conceitos, compreendemos que a tentativa de suicídio e o suicídio em si evidenciam o mal-estar humano, a desesperança no devenir, a falta de perspectivas no presente, a crise de identidade, a falta de confiança do sujeito em si próprio e na sociedade. Múltiplos fatores sociais, culturais, econômicos, psicológicos, biológicos, políticos e ambientais podem ser relacionados para se encontrar os grupos vulneráveis e propor medidas mitigadoras, como a ampliação da acessibilidade social e espacial aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em curto prazo, e uma educação para a saúde mental e física, em longo prazo.

Os primeiros Centros de Atenção Psicossocial foram criados no Brasil pelos profissionais de saúde mental, que compuseram com parte da população um movimento social para denunciar a situação precária dos hospitais psiquiátricos, a partir da segunda metade da década de 1980, no processo de democratização política do país (BRASIL, 2004).

Os CAPS, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) foram regulamentados no país somente em 2002, pela Portaria nº 336/GM, e passaram a integrar o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de garantir o acesso de todos os grupos sociais a estes centros de apoio. Essa Portaria determinou que os CAPS, NAPS e CERSAMs fossem cadastrados como CAPS I, II, III, CAPSi (infanto-juvenil) ou CAPSad



(álcool-drogas), classificados pelo porte populacional do município e/ou a especialidade, conforme o Quadro 1.

CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira
CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas
CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana
CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas
CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas

Quadro 1: Tipologia dos Centros de Apoio Psicossocial conforme os portes populacionais.

Fonte: Brasil, 2004.

Uma limitação desta norma é a de subsidiar financeiramente a implantação de CAPS apenas nos municípios com mais de 20.000 habitantes, sem levar em conta quais possuem as maiores taxas de óbitos, internações e gastos financeiros com as lesões autoprovocadas voluntariamente (LAVs).

1. METODOLOGIA

A elaboração deste estudo se deu pela interpenetração do objeto de estudo, do referencial teórico-metodológico, do referencial técnico e do referencial “empírico”, este último compreendido pelos dados de diversos bancos de dados de órgãos públicos. O presente artigo tem como objeto de estudo a análise espacial dos óbitos e internações por lesões autoprovocadas voluntariamente com ocorrência na Unidade Federativa do Paraná. As categorias utilizadas neste estudo foram território político-administrativo, serviços de saúde mental e políticas públicas.

Neste estudo consideraremos as LAVs prioritárias, por indicar as patologias psicossociais mais severas, que podem ser prevenidas ou mitigadas por diagnósticos, tratamentos e terapias em um dos centros de apoio psicossocial.

No presente estudo para caracterizar suicídio se utilizou a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), compreendendo como tentativas



de suicídio as internações pelas lesões autoprovocadas voluntariamente (X60 a X84 e Y87), como suicídios os óbitos pelas mesmas LAVs e como morbidade hospitalar no SUS os óbitos pelas LAVs das pessoas que foram internadas nos hospitais credenciados no Sistema Único de Saúde (SUS).

O universo deste estudo foram todos municípios da Unidade Federativa do Paraná, ou seja, os 399 municípios paranaenses. O recorte temporal foi de 1998 a 2010, para compararmos os dados dos anos de 1998 a 2003 com os dados de 2004 a 2010.

Os bancos de dados utilizados neste estudo foram: Censos Demográficos de 2000 e 2010 (IBGE, 2011); as Estimativas Populacionais de 1998 a 2009 (IBGE, 2011); e, os dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2011).

No referencial técnico elaboramos mapas e quadro, utilizando-se dos softwares Philcarto 4.5, Excel 2007 e do Adobe Illustrator 10, para facilitar o tratamento de dados e permitir uma melhor visualização e interpretação dos resultados.

Utilizamos métodos estatísticos para identificar os municípios com as maiores quantidades relativas de óbitos e internações por LAVs. Para identificarmos as taxas de suicídios (Mapas 1 e 2), usamos a seguinte medida:

$$\text{Taxa de suicídio municipal} = \frac{\text{Quantidade de óbitos} \times 100.000}{\text{População total}}$$

2. OS SUICÍDIOS, AS INTERNAÇÕES POR LAVS E OS CENTROS DE APOIO PSICOSSOCIAIS NOS MUNICÍPIOS PARANAENSES NOS ANOS DE 1998 A 2010

A unidade federada do Paraná possui uma das maiores taxas de LAVs do país, conforme o estudo de Meneghel et. al. (2004), nos anos de 1980 a 1999 o Paraná teve uma média de 7,1 suicídios por 100 mil habitantes, que junto com as taxas de Santa Catarina (7,9) e do Rio Grande do Sul (10,2), configuraram a região Sul do Brasil com a maior taxa de suicídios.

Uma das limitações deste banco de dados é a subnotificação das LAVs. Parte dessas aparece apenas como lesões ou como de intencionalidade indeterminada. Nos anos de 1998 a 2010, enquanto se registrou 8.101 óbitos por suicídio no Paraná, foram registrados 3.599 óbitos no grupo de causa “eventos cuja intencionalidade é indeterminada” (BRASIL, 2011).

No Paraná, entre 1998 e 2010, em média, oitenta pessoas tentaram suicídio por mês, destas apenas 29 foram internadas – das quais 93% sobreviveram – e 53 foram



a óbito (BRASIL, 2011). Além de demandar recursos humanos e financeiros, o maior impacto é emocional. Conforme consenso de estudiosos da área, um fato deste afeta no mínimo seis pessoas, entre familiares, parentes, colegas de trabalho e amigos.

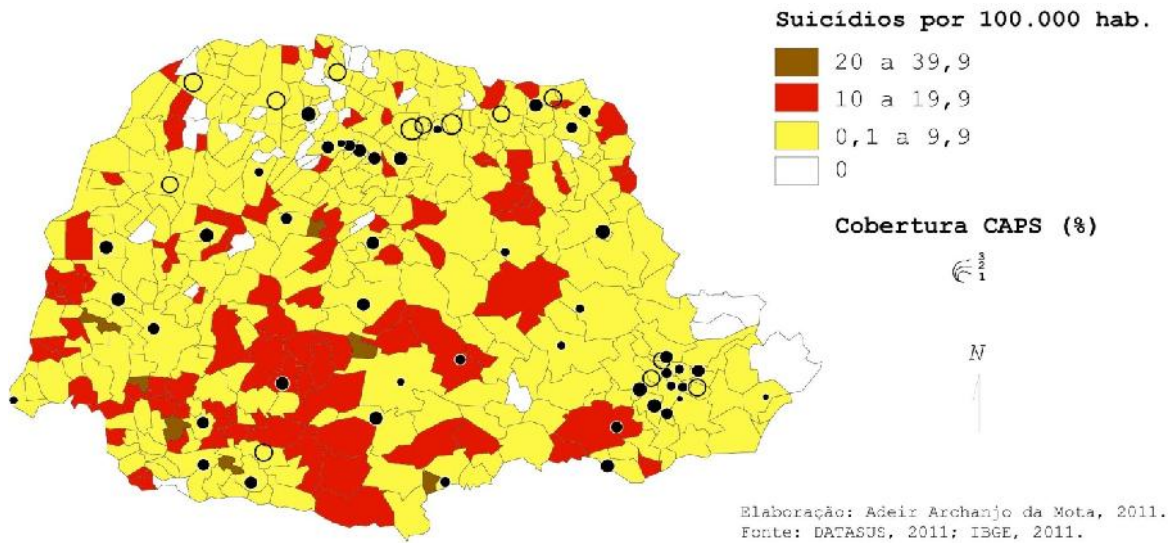
A implantação de CAPS no Paraná até o ano de 2004 ficou restrito a poucas cidades de porte médio e grande (Curitiba, Londrina, Maringá, Cascavel, Foz do Iguaçu, Paranavaí, Francisco Beltrão e Cambé), enquanto elevadas taxas de suicídio (acima de 20 por 100.000 habitantes) se concentravam em municípios de porte pequeno, ou seja, com menos de 20 mil habitantes (Corumbataí do Sul, Entre Rios do Oeste, Salgado Filho, Anahy, Cruzeiro do Iguaçu, Goioxim e Nova Santa Bárbara), além de não possuírem CAPS, se localizam distantes dos poucos centros de apoio psicossocial existentes.

Nos anos de 2004 a 2010, conforme os dados DATASUS (2011) e o Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2010), as taxas de óbitos por suicídio no Paraná continuaram se concentrando nos municípios de pequeno porte, dos 94 municípios com mais de 10 suicídios por 100 mil habitantes (Mapa 1), somente cinco possuem a população exigida pela portaria, o que justifica a emergência de debates para reformulação da gestão dos serviços de saúde mental na Unidade Federada e no país. Para os anos de 2004 a 2010 identificamos: - 7 municípios com elevadas taxas de suicídio, ou seja, acima de 20 suicídios por 100 mil habitantes (Bom Sucesso do Sul, São Pedro do Iguaçu, Santa Lúcia, Corumbataí do Sul, Porto Vitória, Salto do Lontra e Campina do Simão); - 87 municípios entre 10 e 19,9 suicídios por 100 mil habitantes; - 275 entre 0,1 e 9,9; e, somente, - 30 municípios não registraram nenhum suicídio nos anos estudados.

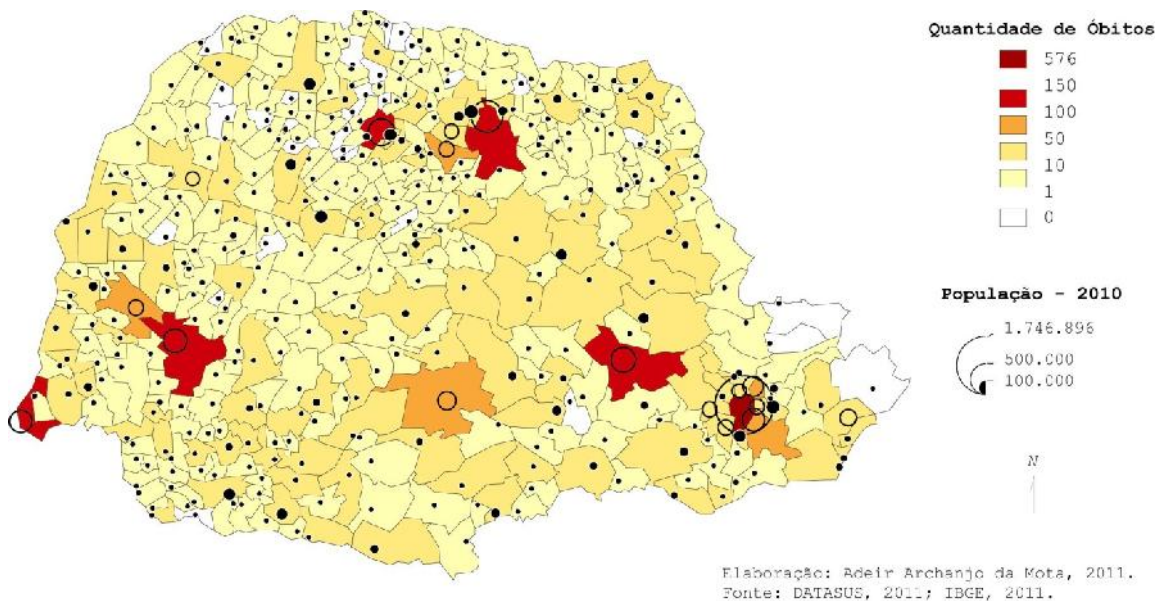
As taxas proporcionais são de fundamental importância para compararmos os municípios com diferentes portes populacionais, no entanto, alguns municípios com forte presença do fenômeno estudado se tornam “invisíveis”, por apresentarem uma população múltiplas vezes maior, como nos casos de Curitiba e das cinco maiores cidades médias do Estado do Paraná. Conforme, se pode observar no Mapa 2, nem todos os municípios com mais de 100 mil habitantes possuem mais de cinquenta suicídios para os anos estudados, como os casos de Paranaguá, Araçongas, Umuarama e alguns municípios da Região Metropolitana de Curitiba.



Mapa 1: Suicídios proporcionais a população municipal do Paraná (2004 a 2010) e as taxas de cobertura dos CAPS em 2010



Mapa 2: Suicídios de 2004 a 2010 e a população municipal do Paraná em 2010

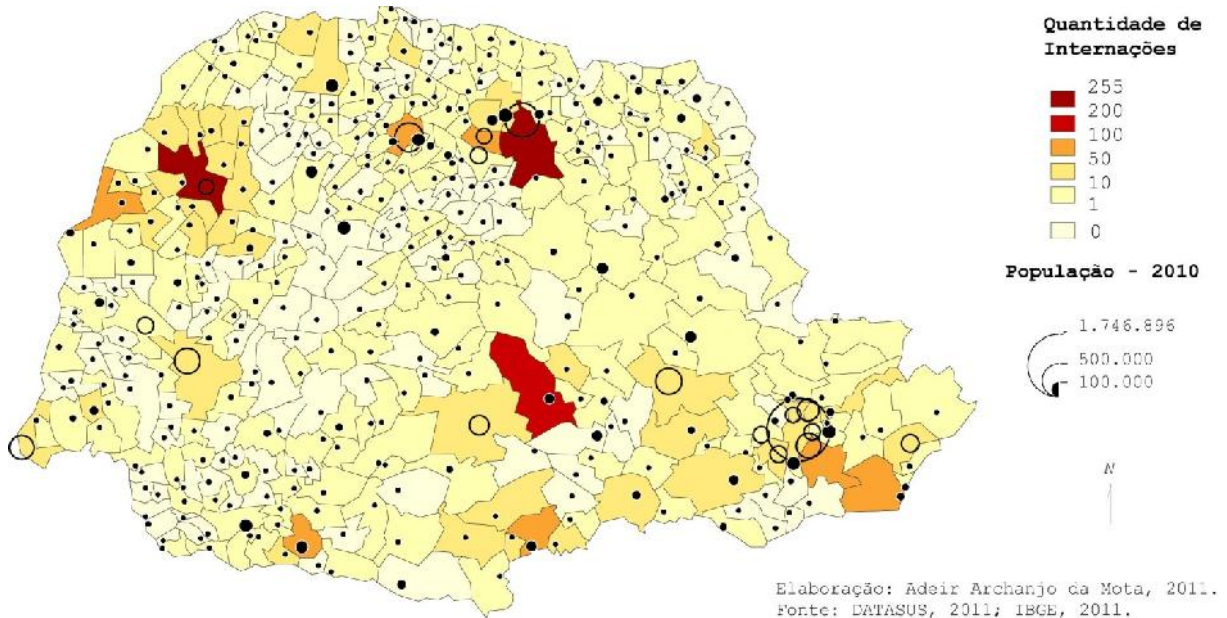


As internações no SUS pelas tentativas de suicídio correspondem ao Grupo de Causas X60-X84 e a Categoria de Causa Y87 da CID-10. No Paraná, parte significativa dos gastos públicos com internações por causas externas são devidos as LAVs, somente nos anos de 2008, 2009 e 2010, foram gastos mais de um milhão e duzentos mil reais, conforme o DATASUS (2011).

Nos anos estudados, as distribuições espaciais destas LAVs não correspondem à proporcionalidade da distribuição populacional por municípios no

Paraná, tanto pelo cálculo de internações por cem mil habitantes, quanto pela quantidade absoluta (Mapa 3).

Mapa 3: Internações no SUS (2004 a 2010) e a população municipal no Paraná em 2010



A partir do mapeamento da quantidade de internações por LAVs nos hospitais conveniados ao SUS (2004-2010) e a população municipal de 2010 (Mapa 3) é possível identificar os municípios e as microrregiões com significativas concentrações de internações, que com exceção de Londrina, possuem população múltiplas vezes menor que cidades de porte médio e grande, como Curitiba, Cascavel, Ponta Grossa, Foz do Iguaçu e Guarapuava. Essas cidades correspondem aos municípios que possuem as maiores quantidades de óbitos por LAVS, ou seja, onde os que tentam suicídios não têm acesso ou não conseguem serem hospitalizados devido ao tempo de deslocamento ou por usar métodos mais letais de se auto-infligir.

Os municípios que mais se evidenciam pelas internações por LAVs não são os que possuem os maiores contingentes populacionais, como Umuarama, que com pouco mais de 100 mil habitantes e 254 internações, ou seja, mais de seis vezes o número de LAVs da capital do Estado, bem como Prudentópolis, com menos de 50 mil habitantes e 100 internações por tentativas de suicídio, e os municípios de União da Vitória, Guaratuba, Pato Branco e Altônia, todos com menos de 100 mil habitantes e mais de 50 internações nos anos de 2004 a 2010.



Os serviços de saúde a mais de quatro décadas foram associados por Singer (1978) aos centros nervosos de redes, ao ampliar cada vez mais os serviços de produção e consumo urbanos. Na última década acompanhamos certa desconcentração dos serviços de saúde básicos no Brasil, como a “democratização” do acesso a atenção básica pelo Programa Saúde da Família e a expansão dos CAPS, no entanto, a relativização do processo de democratização se refere à qualidade, que por sua vez continua centralizada nos principais centros urbanos do país em detrimento de grande parte da interiorização, que de forma geral, acontece com falta da educação preventiva, de equipamentos, profissionais e de recursos financeiros para manutenção. Essa má distribuição espacial ocorre em diversas espacialidades, por se fundamentar apenas na lógica econômica, a falta de economia de escala para implantação de serviços, tanto pela quantidade insuficiente de habitantes de determinado município ou região quanto pela baixa renda *per capita* da maioria dos habitantes destes lugares. Para avançarmos na compreensão do processo de saúde-doença, sobretudo em saúde mental, devemos compreender a formação socioespacial, como corrobora Quartilho (2001, p. 62), ao que:

Em larga medida, a doença, a morte, a saúde e o bem-estar são socialmente produzidos. A doença não é apenas uma experiência física ou uma experiência psicológica, é também uma experiência social. O corpo doente não está fechado, escondido limitado pela pele. Do mesmo modo, o nosso ambiente físico, tal como a paisagem urbana, o local de trabalho, ou os alimentos, são influenciados pela cultura, estrutura social e relações interpessoais.

Transformações sociais significativas são lentas, como por meio da educação, que deve resignificar os valores culturais da sociedade atual, a começar pelo convite de mudança das próprias instituições de ensino e religiosas, que muitas vezes ao ensinar a passividade, a docilidade, eliminam as oportunidades de luta por justiça social e liberdade e contribuem para aumentar as desigualdades socioespaciais, a diminuir o nível de autoconfiança e de aumentar o nível de autocobrança.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao estudar as internações e os óbitos por LAVs no Paraná, foi possível identificar as limitações metodológicas nos estudos e nas normas que regulamentam a oferta de serviços de saúde mental. Na busca de compreender os fenômenos estudados, elaboramos mapas, que contribuíram para fazer a análise espacial e para identificar as espacialidades dos fenômenos estudados. Após estas identificações, esperamos que os gestores estaduais e federais apoiem os municípios que mais necessitam dos serviços de saúde, desde as etapas de elaboração do projeto e formação das equipes multiprofissionais até as decisões dos projetos a serem contemplados, o que não limita a oferta destes serviços a todos os municípios, mas como uma forma mais justa de realizar a distribuição espacial destes.

As distribuições dos centros de apoio psicossocial contribuem para fortalecer as centralidades urbanas paranaenses, como se identificou nas principais aglomerações urbanas, sobretudo nos municípios de Curitiba, Londrina e Maringá.

Novos estudos que disponham de outras fontes de dados podem contribuir para melhor precisão dos dados, como os registros de óbitos nos Cartórios Cíveis e os boletins de ocorrências da Polícia Militar, além da necessidade de um amplo debate sobre as normas e as necessidades da sociedade em seus respectivos territórios.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336/GM*. Brasília, 2002.

_____. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *DATASUS* – Departamento de Informática do SUS, 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acessado em: 10 mar. 2011.

DURKHEIM, E. *Le suicide*. Paris: PUF, 1986.

IBGE. *Estimativas Populacionais 1998, 1999, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009*. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acessado em: 15 mar. 2011.

_____. *Censos Demográficos de 2000 e 2010*. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acessado em: 15 mar. 2011.



MENEGHEL, S. N; VCTORA, C. G; FARIA, N. M. X; CARVALHO, L. A; FALK, J. W. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. In: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 6, dec. 2004, p. 804-810.

ORGANIZAÇÃO MUNDIA DE SAÚDE. OMS. *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Genebra, Suíça: WHO Press, 2010.

QUARTILHO, M. J. *Cultura, Medicina e Psiquiatria: do sintoma à experiência*. Coleção Psicologia Clínica e Psiquiatria, n. 12. Coimbra: Quarteto, 2001.

IÑIGUEZ ROJAS, L. Salud y bienestar humano en la Geografía de América Latina. In: LEMOS, A. I. G; SILVEIRA, M. L; ARROYO, M. (Orgs.) *Questões territoriais na América Latina*. São Paulo: EDUSP, 2006. p. 227-248.

SINGER, P. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

SORRE, M. *Fundamentos biológicos de la geografía humana*. Barcelona: Ed. Juventud, 1955.