

# POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL E O SUICÍDIO NO PARANÁ - BR: UMA ABORDAGEM GEOGRÁFICA

*Adeir Archanjo da MOTA<sup>1</sup>*

*Raul Borges GUIMARÃES<sup>2</sup>*

## Resumo

O presente estudo tem por objetivo analisar a distribuição espacial do suicídio e a distribuição dos serviços de saúde mental no estado do Paraná. Para isto, foram utilizados dados oficiais e atualizados – recorte temporal de 1998 a 2010, disponibilizados pelo IBGE, DATASUS e CNES, os dois últimos do Ministério da Saúde. A falta de metodologia para realizar a análise espacial intermunicipal do fenômeno estudado foi um desafio, o que nos levou a elaborar um indicador municipal de óbitos e internações por porte populacional e outro que tem por finalidade subsidiar a política pública de saúde mental, ao identificar os municípios de alta à baixa prioridade para expansão ou implantação de serviços de saúde mental. Os municípios com as maiores taxas de suicídio e quantidade de internações não possui um perfil demográfico definido, uns são populosos e urbanos e outros são rurais e de pequeno porte, não tendo a mesma espacialidade dos serviços de saúde mental, que se concentram nos municípios de porte médio e grande. Entre os municípios de porte médio identifica-se ampla variabilidade do indicador, com destaque para municípios com médio e alto óbito por suicídio e a relação entre o aumento do óbito com o aumento das internações.

**Palavras-chave:** Geografia da Saúde. Suicídio. Serviços de Saúde Mental.

## Abstract

### **Public policy in Mental Health and Suicide in the Paraná - Brazil: a geographical approach**

This paper aims to analyse the spatial distribution of suicide and mental health's services on the Paraná state. It was used official and updated data - time frame from 1998 to 2010, provided by the IBGE, DATASUS and CNES, the last two of the Ministry of Health. In order to understand the spatial analysis of this phenomenon, it was necessary to develop two new indicators: index of deaths and hospitalizations due to population size and priority level of investment in mental health's services. The municipalities with the highest suicide rates and number of hospitalizations has not a defined demographic profile. Some municipalities are urban and populous and others are rural and small, not having the same spatiality of mental health services, that focus on the municipalities of medium and large size. Among medium-sized municipalities is identified a wide variability of the indicator, especially in municipalities with medium and high mortality records by suicide and increased mortality related to increased hospitalizations.

**Key words:** Geography of health. Suicide. Mental Health's services.

<sup>1</sup> Doutorando em Geografia pela Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus Presidente Prudente. Bolsista CNPq – Brasil. Endereço: Rua Jacob Blumer, 323, CEP 19015-160, Presidente Prudente – SP. E-mail: arcanjogeo@hotmail.com

<sup>2</sup> Professor Livre Docente do Departamento de Geografia da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus Presidente Prudente. Endereço: Rua Roberto Simonsen, 305, CEP 19060-900, Presidente Prudente – SP. E-mail: raulguimaraes@uol.com.br

## INTRODUÇÃO

No presente estudo, procura-se discutir a contribuição da geografia para a análise da distribuição espacial de suicídios. Para isto, considera-se a importância do tema para o desenvolvimento da política nacional de saúde mental a partir da correlação de dados de suicídio no estado do Paraná.

O suicídio é um fenômeno complexo, considerado uma atitude individual pela psiquiatria e a consumação de um fenômeno social (DURKHEIM, 1986). Segundo Giggs (1973), o suicídio pode ser associado ao contexto mais amplo da saúde mental e correlacionado ao ambiente social e familiar. Ainda que se deva sempre considerar os indivíduos mais suscetíveis, o suicídio, como qualquer doença mental, ganha contornos bio-psico-sociais muito diferenciados dependendo do lugar em que vive o cidadão (MEADE; FLORIN; GESLER, 1988). Vários estudos realizados indicam que as condições de vida e as formas de adoecer e morrer são profundamente desiguais no interior do espaço urbano (BANDO, 2008). Assim, a promoção da saúde mental também exige, necessariamente, a implementação de medidas de caráter preventivo diferenciado para o risco do suicídio, considerando as necessidades básicas de cada ambiente social, dentro das características bio-psico-sociais de seus habitantes.

Especificamente, na área da saúde mental, sempre houve o predomínio, ainda vigente, de uma cultura de exclusão do doente. Até o século XVIII, trancafiavam-se os loucos em prisões, asilos e hospícios. A insanidade era associada ao pecado e a atividades do demônio, assim como a distúrbios emocionais e a más condutas morais (FOUCAULT, 1980). O movimento de criação de instituições para os insanos ocorreu em vários países da Europa e nos Estados Unidos, durante as três primeiras décadas do século XIX (LUZ, 2004). Foram os hospitais psiquiátricos que tornaram possível o estudo científico da doença mental. Mas os sanatórios e manicômios demonstraram muito pouco eficácia no tratamento das doenças mentais, servindo, via de regra, como espaço alienante e cronicante. Estas críticas geraram o movimento de desospitalização nos Estados Unidos, desde a década de 1970, que se disseminou por diversos países (MEADE; FLORIN; GESLER, 1988).

No Brasil, a discussão a respeito da desospitalização em saúde mental ganhou expressão no final da década de 1980, principalmente a partir do debate no Congresso Nacional do Projeto de Lei n.º 3.657/89, de autoria do deputado mineiro Paulo Delgado. Indignado com a multiplicação dos leitos psiquiátricos por parte da iniciativa privada confessional, mantida com recursos públicos, esse deputado se inspirou no modelo antimanicomial italiano na defesa dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais para dar início ao movimento de integração da saúde mental aos programas de promoção da saúde. Após doze anos de embates e debates, foi aprovada a Lei n.º 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, singular ao projeto de lei de 1989.

A argumentação e pressão política exercida pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica sobre o Ministério da Saúde (MS) culminou no estabelecimento da Portaria SNAS/MS n.º 189/91, que ampliaram e diversificaram os procedimentos das Tabelas SIH/SUS e SIA/SUS, possibilitando o financiamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de novas estruturas assistenciais, como os hospitais-dia, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e unidades psiquiátricas em hospitais gerais, tendo como fundamentos a inclusão social e a cidadania das pessoas com agravos de saúde mental. As limitações financeiras da primeira metade dos anos de 1990 e a forte tendência na descentralização política demandaram dos gestores locais a implantação das novas estruturas de assistência a saúde mental, na qual o SUS faria o custeio.

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 atenção. Essa Portaria determinou que os CAPS, NAPS e CERSAMS fossem recadastrados como CAPS I, II, III, CAPSi (infanto-juvenil) ou CAPSad (álcool-drogas), classificados pelo porte populacional do município e/ou a especialidade, os CAPS III, por exemplo, são instalados em municípios com mais de 200.000 habitantes e funcionam 24 horas, todos os dias da semana.

Uma limitação desta norma é a de subsidiar financeiramente a implantação de CAPS I (menores equipes e horário de funcionamento) 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 (LAV)<sup>3</sup>.

Desta forma, no presente trabalho, a análise da distribuição espacial das LAV e dos óbitos por suicídio demonstrou ser um caminho interessante para a abordagem geográfica sobre a política da saúde mental.

O bem-estar tem sido pouco estudado pelos geógrafos (IÑIGUEZ ROJAS, 2006). No que diz respeito à saúde mental, há alguma tradição geográfica nos estudos de incidência da esquizofrenia, desde as contribuições dos estudos ecológicos da escola de Chicago (FARIS; DUNHAM, 1965), até contribuições que procuram incorporar novas metodologias qualitativas (GIGGS, 1973). De acordo com estes estudos, poderíamos identificar comunidades cujas características propiciariam a formação de ambientes terapêuticos, assim como certa correlação entre contextos geográficos (perfil da população - idade, gênero, estado civil; desemprego e/ou precarização do trabalho; ambientes estressantes com tendências à ansiedade, dentre outros).

A partir destas características, 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 CAPS, em curto prazo, e uma educação para a saúde mental e física, em longo prazo. É por isto que a discussão da saúde mental, e do suicídio em particular, poderia ser inserida no debate da geografia dos serviços de saúde.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

No mundo, conforme a Organização Mundial de Saúde – OMS (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. Nos últimos quarenta e cinco anos as taxas de suicídio aumentaram 60% em todo o 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, 2011a).

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 LAV e como morbidade hospitalar no SUS os óbitos pelas LAV das pessoas que foram internadas nos hospitais credenciados no Sistema Único de Saúde (SUS).

<sup>3</sup> Como se denomina no sistema de saúde as tentativas de suicídio.

O recorte temporal se fez a partir da disponibilidade de dados no Departamento de Informática do SUS – DATASUS e pela padronização de uso de apenas uma CID, a CID-10.

O universo desta pesquisa foram todos municípios da Unidade Federativa do Paraná, ou seja, os 399 municípios. Os municípios paranaenses citados no artigo foram destacados no mapa de localização do estado (Figura 1). 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.



**Figura 1 – Municípios paranaenses e a localização do estado do Paraná em 2011**

Os bancos de dados utilizados neste estudo foram: Censos Demográficos de 2000 e 2010 do IBGE (2011b); as Estimativas Populacionais de 1998 a 2009 do IBGE (2011a); os dados do DATASUS (BRASIL, 2011a); e, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (BRASIL, 2011b).

No referencial técnico elaboramos mapas e gráfico, 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.

A partir de análises estatísticas conseguimos elaborar indicadores, gráfico e mapas. Utilizamos diversos métodos estatísticos para identificar os municípios com as maiores quantidades relativas de óbitos e internações por lesões autoprovocadas voluntariamente. Para identificarmos as taxas de suicídios (Figuras 2 e 3), usamos a seguinte medida:

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

A comparação dos dados absolutos entre os municípios leva a equívocos se não levar em consideração as diferenças populacionais, assim como a quantidade relativa encontrada pelas taxas, que evidenciam os municípios com pequena população. Desta forma, realizamos três agrupamentos de municípios por portes populacionais para evitar tais discrepâncias: A - < 20 mil habitantes; B - 20 a 100 mil habitantes; e, C - > 100 mil habitantes.

Os diagramas de dispersão dos dados municipais de óbitos e internações por LAV por portes populacionais (Figura 6) nos permitiu comparar de forma relacional os municípios paranaenses. Para cada porte populacional dividimos em tercís os municípios pela quantidade de óbitos e pela quantidade de internações. A partir destes tercís de óbitos e internações elaboramos o indicador municipal de óbitos e internações por lesões autoprovocadas voluntariamente (IMOILAV), que varia de 1 a 9: - o 1º tercil das quantidades de óbitos e de internações equivalem ao IMOILAV 1; - o 1º tercil de óbitos e o 2º tercil de internação corresponde ao IMOILAV 2; - o 1º tercil de óbitos e o 3º tercil de internação é o IMOILAV 3; - o 2º tercil dos óbitos e o 1º tercil das internações equivale ao IMOILAV 4; - o 2º tercil dos óbitos e o 2º tercil das internações equivale ao IMOILAV 5; - o 2º tercil dos óbitos e o 3º tercil das internações equivale ao IMOILAV 6; - o 3º tercil dos óbitos e o 1º tercil das internações equivale ao IMOILAV 7; - o 3º tercil dos óbitos e o 2º tercil das internações equivale ao IMOILAV 8; e, os municípios agrupados no 3º tercil de óbitos e no 3º tercil de internações correspondem ao IMOILAV 9.

A partir do IMOILAV e da taxa de cobertura dos CAPS por município foi possível criar o indicador municipal do nível de prioridade para ampliação ou instalação de novos CAPS, para orientar as políticas públicas de saúde mental, para qual utilizamos a seguinte medida:

$$\text{Indicador municipal do nível de prioridade} = \frac{\text{Indicador IMOILAV}}{\text{Taxa de cobertura dos CAPS}}$$

Quanto maior o indicador IMOILAV e quanto menor a taxa de cobertura dos CAPS maior a necessidade de serviços de saúde mental, desta forma encontramos o nível de prioridade de cada município de forma relacional (Figura 8), ao analisar a relação do IMOILAV (Figura 6), que leva em consideração o porte populacional de cada município, e a taxa de cobertura populacional dos CAPS (Figura 3).

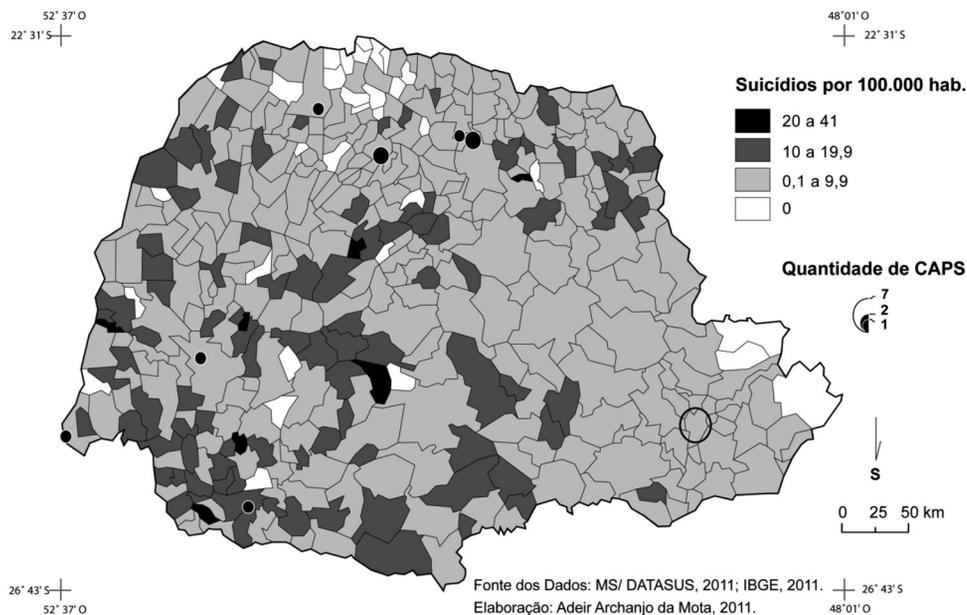
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A unidade federada do Paraná possui uma das maiores taxas de LAV do país. Conforme o estudo de Meneghel et al. (2004), o Paraná teve, nos anos de 1980 a 1999, 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 do Brasil com maior taxa de suicídios.

Uma das limitações do banco de dados utilizado é a subnotificação das LAV, por notificar parte dessas apenas como lesões ou 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, 2011a).

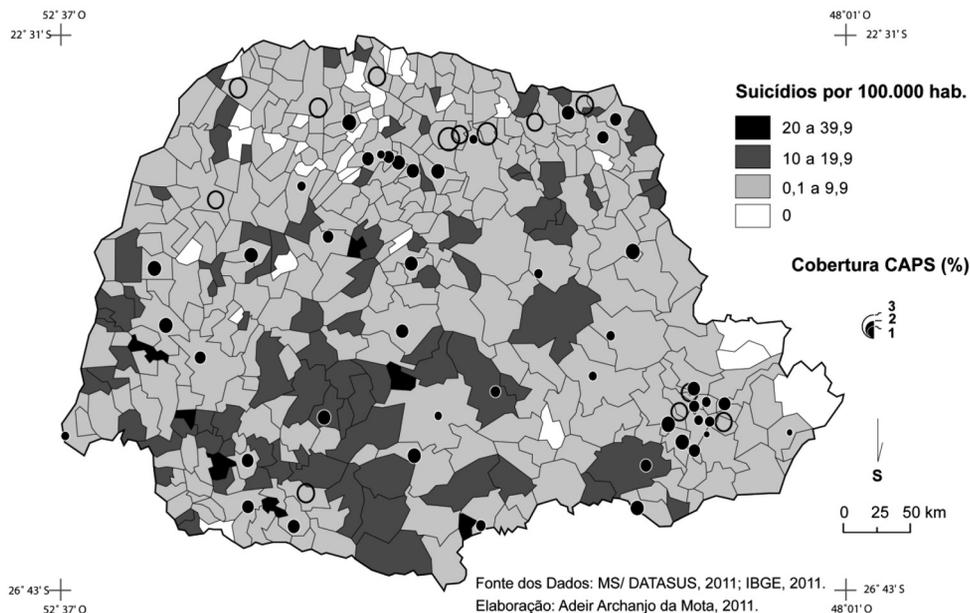
No Paraná, entre 1998 e 2010, em média, oitenta pessoas tentaram suicídio por mês, destas apenas 29 foram internadas – das quais 93% sobreviveram – e 53 foram a óbito (BRASIL, 2011a). Na etapa exploratória identificamos que os dados de morbidade hospitalar no SUS dos municípios é proporcional a quantidade de internações, variando anualmente de 0 a 2 óbitos, por isso não consideramos relevante para elaborar mapas e analisar a espacialidade.

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, estes municípios se localizavam distantes dos poucos centros de atenção psicossocial existentes, conforme se pode observar na figura 2.



**Figura 2 – Taxa média anual de suicídios (1998 a 2003) e de cobertura CAPS (dez. 2004) dos municípios paranaenses**

Nos anos de 2004 a 2010, conforme os dados do DATASUS (BRASIL, 2011a) e do Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2011b), as altas 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 (Figura 3), somente cinco possuem a população exigida pela portaria, o que justifica a emergência de debates para reformulação destas normas. 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, dos quais 80% no Norte do Paraná.



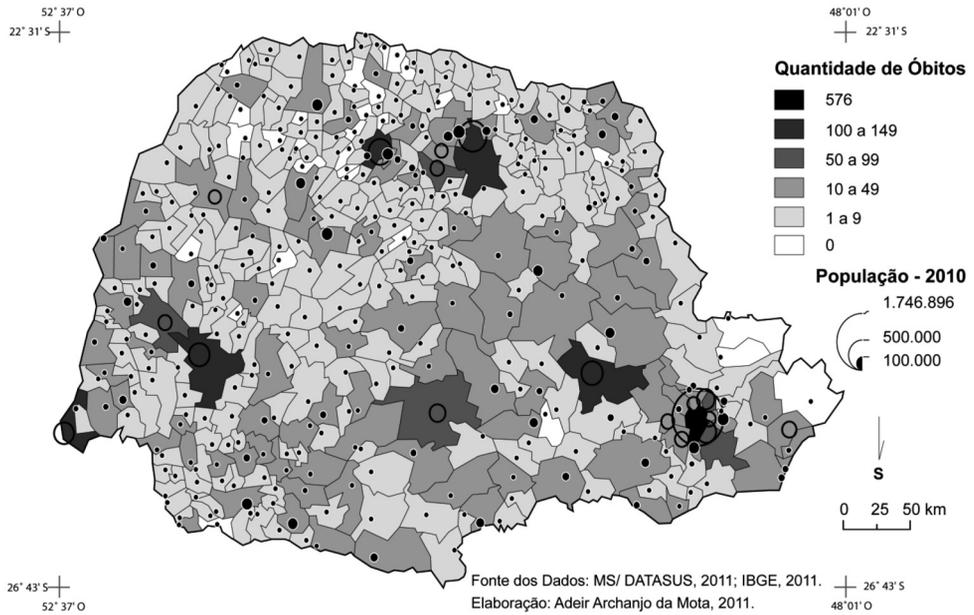
**Figura 3 – Taxa média anual de suicídios (2004 a 2010) e de cobertura CAPS (dez. 2010) dos municípios paranaenses**

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 na figura 4, nem todos os municípios com mais de 100 mil habitantes possuem mais de cinquenta suicídios para os anos estudados, como os casos de Paranaguá, Arapongas, Umuarama e alguns municípios da Região Metropolitana de Curitiba.

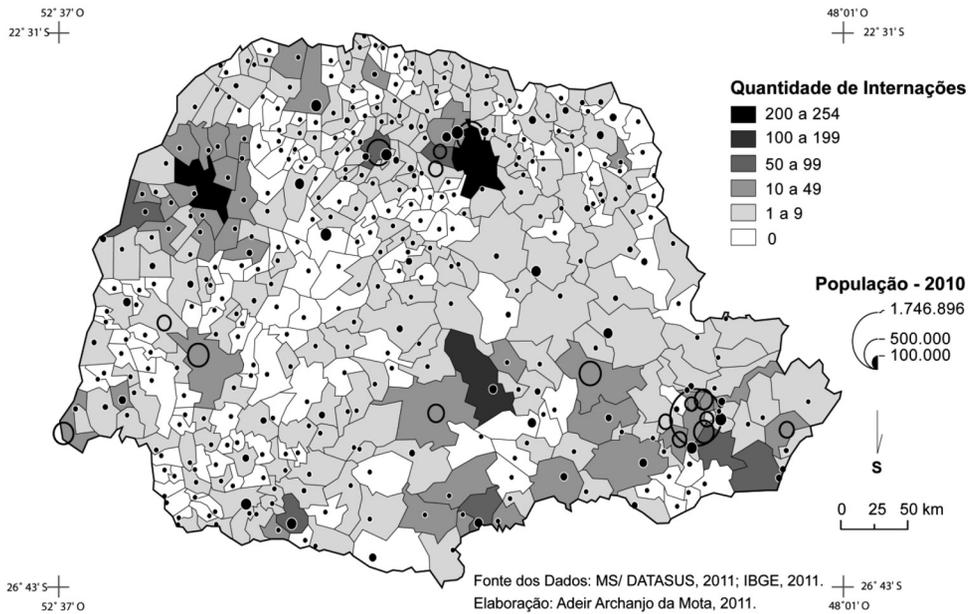
As internações no SUS pelas tentativas de suicídio correspondem ao Grupo de Causas X60-X84 e a Categoria de Causa Y87 da CID-10. No Paraná, parte significativa dos gastos públicos com internações por causas externas são devidos as LAV. Somente nos anos de 2008, 2009 e 2010, foram gastos mais de um milhão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

Nos anos estudados, as distribuições espaciais destas LAV não correspondem à proporcionalidade da distribuição populacional por municípios no Paraná, tanto pelo cálculo de internações por cem mil habitantes, quanto pela quantidade absoluta (Figura 5).

A partir do mapeamento da quantidade de internações por LAV nos hospitais conveniados ao SUS (2004-2010) e a população municipal de 2010 (Figura 5), 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 LAV, ou seja, onde os que tentam suicídios não têm acessibilidade ou não conseguem ser hospitalizados devido ao tempo de deslocamento do local de ocorrência ao hospital de urgência e emergência referenciado ou por usar métodos mais letais de se auto-infligir.



**Figura 4 – Quantidade de óbitos (2004 a 2010) e a população dos municípios paranaenses em 2010**



**Figura 5 – Quantidade de internações (2004 a 2010) e a população dos municípios paranaenses em 2010**

Os municípios que mais se evidenciam pelas internações por LAV não são os que possuem os maiores contingentes populacionais, como Umuarama, com pouco mais de 100 mil habitantes e 254 internações, ou seja, mais de seis vezes o número de LAV da capital do Estado, bem como Prudentópolis, com menos de 50 mil habitantes e 100 internações por tentativas de suicídio, além dos 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.

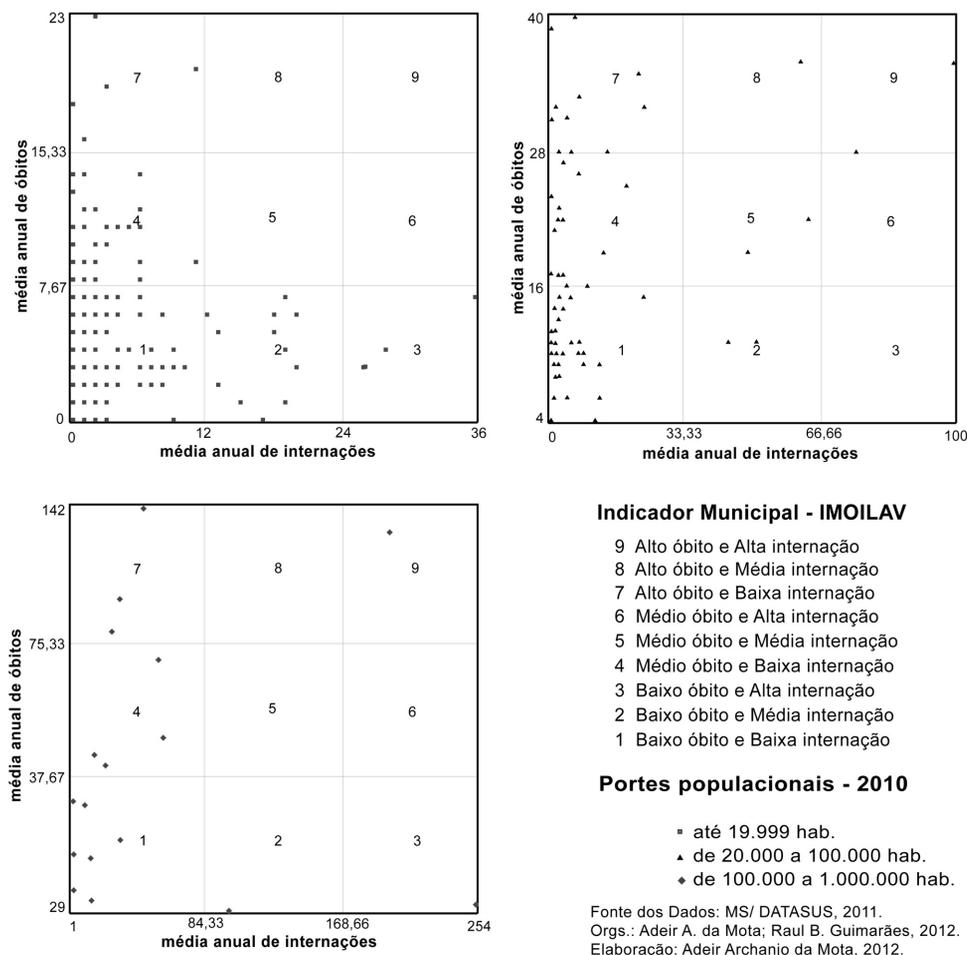
A microrregião geográfica de Umuarama é responsável por parte significativa dos gastos com internações por tentativa de suicídios, na qual todos os municípios têm gasto acima da média estadual, uma singularidade que requer estudos para se compreender a qualidade, a eficiência e eficácia dos procedimentos utilizados para os que tentam se auto-infringir, assim como a administração do hospital localizado em Umuarama, com 150 leitos psiquiátricos, financiado com recursos públicos (SUS) e administrado pela esfera privada.

A saúde mental nas últimas décadas tem recebido maior atenção por parte de profissionais da área, dos gestores e da população, o que infelizmente não é para garantir melhor qualidade de vida, mas apenas para conter o rápido aumento dos transtornos mentais, que tem elevado as taxas de óbitos e internações, assim como os gastos e o aparecimento de "novos" tipos mais letais de se auto-infligir, precedidos ou não de homicídios, como os casos noticiados pela mídia brasileira nos últimos anos, geralmente relacionados aos rompimentos de relações afetivas, as pressões sociais (institucionalizadas ou não) e ao mundo do trabalho de jovens e adolescentes, sobretudo do gênero masculino.

A elaboração de políticas públicas na área de saúde muitas vezes encontra limitações metodológicas para estabelecer uma agenda de prioridades para implantação e ampliação da oferta de determinados tipos de "serviços", tanto por falta de estudos sobre as temáticas específicas nas diversas escalas geográficas, quanto pela falta de avanços metodológicos, a exemplo da adoção de um parâmetro populacional para instalação de determinado tipo de serviço sem levar em conta as necessidades específicas de determinadas espacialidades sub-regionais, municípios ou bairros de uma unidade federada ou de um país.

A proporcionalidade entre os suicídios, as internações por LAV e a população total dos municípios é relevante para identificar os municípios com as taxas mais elevadas. No entanto, a quantidade de casos que ocorre nas cidades de porte médio e grande também é relevante. Em nosso estudo, para superar tal limitação se criou um indicador para encontrar os municípios com as maiores e menores quantidades absolutas de internações e óbitos por LAV nos anos de 2004 a 2010.

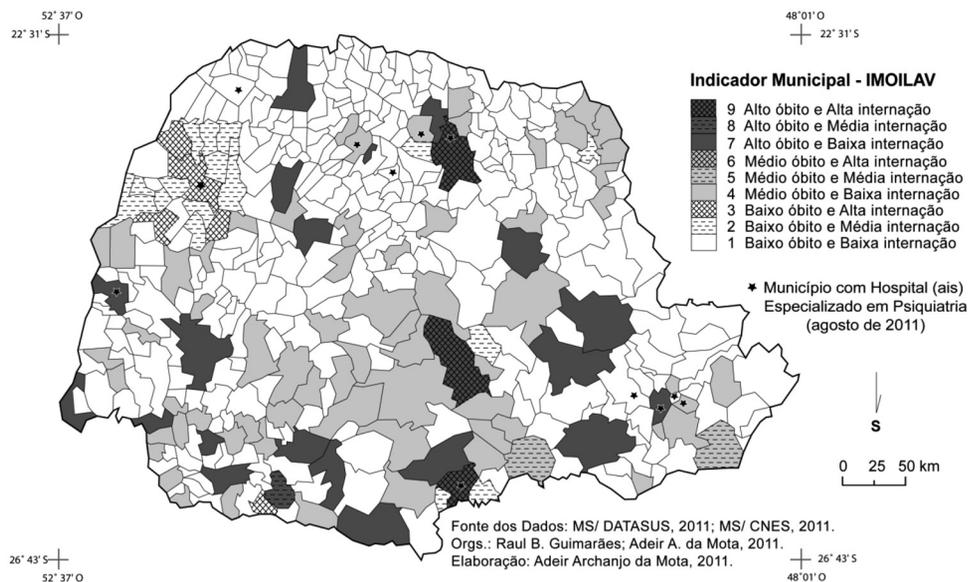
A metodologia para elaboração do indicador IMOILAV, para os anos de 2004 a 2010, partiu da elaboração de diagramas de dispersão dos dados de óbitos e internações por LAV dos 399 municípios paranaenses, divididos em três portes populacionais (A – até 19.999 habitantes; B – de 20.000 a 100.000; e, C – de 100.001 a 1.000.000), o que possibilita a comparação e o mapeamento dos municípios com distintos portes populacionais (Figura 7). A capital paranaense, Curitiba, com 1.746.896 habitantes foi incluída na análise comparativa, mas de forma individual, a alta quantidade de suicídios levaria a equívocos, caso incluíssemos aos municípios de porte C.



**Figura 6 – Diagramas de dispersão das médias anuais dos suicídios e internações por tentativa de suicídio (2004 a 2010) dos municípios do Paraná por portes populacionais. 2010**

Os diagramas de dispersão na figura 6 permitem, de forma geral, identificar uma baixa quantidade de internações em relação à quantidade de suicídios nos municípios de diversos portes populacionais. Ao analisar o diagrama dos municípios de pequeno porte se pode observar que nenhum município com significativa quantidade de internações por LAV possui quantidade média ou alta de suicídios e vice-versa, tal relação pode estar relacionada à letalidade dos métodos utilizados para se suicidar, a acessibilidade aos leitos hospitalares ou ainda a efetividade nas internações, o que demanda estudos na escala local para se compreender o que pode contribuir para diminuir o número de óbitos por causas externas. Entre os municípios de porte médio identifica-se a ampla variabilidade do indicador IMOILAV, com destaque para a concentração de municípios com médio e alto óbito por LAV e com o aumento do óbito com o aumento das internações, que permitem questionar a efetividade das internações nos municípios de porte médio, os métodos utilizados e a acessibilidade aos

serviços de saúde. Dentre os municípios com população maior que cem mil habitantes identificam-se também significativa variabilidade do indicador, com evidência para os municípios com grande quantidade de suicídios e para os municípios de Umuarama e Arapongas, pela desproporcionalidade da quantidade de internações e a quantidade de habitantes.



**Figura 7 – Indicador municipal (IMOILAV 2010) e a espacialidade dos hospitais psiquiátricos do Paraná**

Dos três municípios com as maiores quantidades de suicídios e internações por LAV, dois possuem população entre 48 e 53 mil habitantes (Prudentópolis e União da Vitória) e Londrina, pouco mais de 506 mil. Municípios populosos, como Curitiba (mais de 1,7 milhões de habitantes, com 576 suicídios e 42 internações por tentativa de suicídio), Cascavel e Ponta Grossa, evidenciaram uma grande quantidade de suicídios e uma baixa quantidade de internações por LAV, assim como alguns municípios com população entre 10 e 20 mil habitantes, como Capanema, Cruz Machado, Mangueirinha, Salto de Lontra e Chopinzinho. Este indicador composto deixa evidente que há exceções para uma relação entre as tentativas de suicídio, o suicídio e o porte populacional, pois municípios com grandes contingentes populacionais, como Maringá, Guarapuava e Toledo, ficaram com indicadores que evidenciam uma presença relativamente menor dos fenômenos estudados.

Os 20 municípios com o indicador IMOILAV 7, ou seja, com alta quantidade de óbitos e baixa quantidade de internações, apresentam baixa oferta e alta demanda por serviços psicossociais, não dispoem de hospital psiquiátricos e com no máximo dois CAPS, com as exceções de Cascavel – com 3 CAPS e sem hospital psiquiátrico, Marechal Candido Rondon e Curitiba, que contam com 1 e 7 hospitais especializados em psiquiatria, respectivamente.

Pato Branco foi o único município que apresentou um indicador de elevada quantidade de suicídios e média de internações (IMOILAV 8) e três municípios apresentaram o indicador 9, Londrina com mais de 500 mil habitantes (3 hospitais psiquiátricos e 3 CAPS), Prudentópolis (com apenas um CAPS) e União da Vitória (com um hospital psiquiátrico e um CAPS), ambos com população próximas de 50 mil habitantes.

Nenhum município apresentou o indicador 6 e apenas dois apresentaram o indicador 5, sendo estes Guaratuba e São Mateus do Sul, ambos com população entre 32 e 42 mil habitantes, caracterizados por não terem CAPS e hospitais especializados em psiquiatria. Quase um quinto dos municípios (66 dos 399) apresentaram o indicador 4, com grande variância nos portes populacionais, como Maringá, São José dos Pinhais e Guarapuava, com população entre 160 e 360 mil habitantes) e oito municípios com menos de 10 mil habitantes.

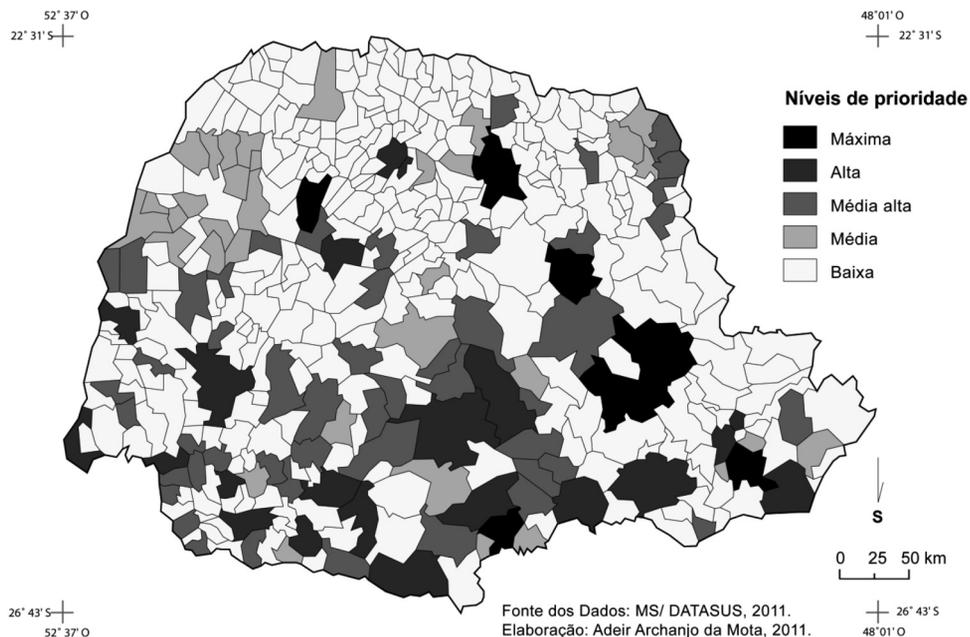
Dos 5 municípios que apresentaram o indicador 3, com elevada quantidade de internações e baixa quantidade relativa de suicídios, 4 estão na microrregião de Umuarama, o que se repete para o indicador 2, dentre os 17 municípios, 12 estão na microrregião de Umuarama. Esta concentração de municípios com alta e média quantidade de internação e baixa quantidade de óbitos evidencia que a oferta é maior que a demanda nessa microrregião, que possui 16 dos 22 municípios com elevada quantidade de internações por LAV.

A oferta de serviços de saúde mental possui elevada concentração nas três maiores aglomerações urbana do Estado do Paraná – Curitiba, Londrina e Maringá –, reunindo 43 dos 94 CAPS e 15 dos 20 hospitais especializados em psiquiatria (BRASIL, 2011b), o que por sua vez contribui para reforçar a centralidade urbana destas cidades médias e grande.

Os serviços de saúde há 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, com a universalização do acesso a atenção básica pelo Programa Saúde da Família e a expansão dos CAPS. No entanto, a relativização do processo de universalização 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 de educação preventiva, equipamentos, profissionais e recursos financeiros para manutenção. De imediato, devido à emergência do fenômeno, se elaborou um indicador dos níveis de prioridade municipal para implantação ou ampliação da cobertura CAPS (Figura 8), com a finalidade de contribuir com as políticas públicas de saúde mental na unidade federada estudada.

A partir do indicador municipal por porte populacional (Figura 6) e a taxa de cobertura do CAPS de cada município em 2010 (Figura 3) foi possível elaborar um indicador de prioridade para instalação de novos CAPS ou para ampliação da cobertura dos existentes (Figura 8), com a finalidade de subsidiar os gestores e os movimentos sociais relacionados à saúde mental. Este indicador varia de 1 a 5, sendo 5 de máxima prioridade e 1 de baixa prioridade:

- **5** – máxima prioridade (Londrina, São José dos Pinhais, Ponta Grossa, Telêmaco Borba, Castro, Cianorte e União da Vitória);
- **4** – alta prioridade (Prudentópolis, Curitiba, Capanema, Chopinzinho, Cruz Machado, Mangueirinha, Marechal Cândido Rondon, Palmas, Salto do Lontra, Guarapuava, Maringá, Foz do Iguaçu, Campo Mourão, Lapa, Cascavel, Sarandi, Pato Branco, Francisco Beltrão, Guaratuba, São Mateus do Sul e Colombo);
- **3** – Média alta prioridade (50 municípios);
- **2** – Média prioridade (34 municípios); e,
- **1** – Baixa prioridade relativamente (287 municípios).



**Figura 8 – Indicador dos níveis de prioridade dos municípios do Paraná para implantação ou expansão de Centro de Atenção Psicossocial em 2011**

Os níveis de prioridades não possuem relação direta com os portes populacionais, no entanto os municípios com mais de cem mil habitantes, exceto os localizados na região metropolitana de Curitiba, a metade mais populosa possui os níveis de prioridade máxima e alta – Londrina, Ponta Grossa, Maringá, Cascavel, Foz do Iguaçu e Guarapuava. Alguns municípios com população entre 50 e 70 mil habitantes também possuem nível de prioridade máxima – Castro, Cianorte, União da Vitória e Telêmaco Borba. Municípios com população abaixo de 20 mil habitantes também possuem nível de prioridade alta – Cruz Machado, Mangueirinha, Chopinzinho, Salto do Lontra e Capanema, e prioridade média alta, como São Pedro do Iguaçu, com 6.492 habitantes, e outros 45 municípios, ou seja, 13% dos municípios paranaenses.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as internações e os óbitos por LAV no Paraná, foi possível identificar as limitações metodológicas nos estudos e nas normas que regulamentam a oferta de serviços de saúde mental no país. Na busca de compreendermos os fenômenos estudados, além da elaboração de diversos mapas, que contribuíram para realizar as análises espaciais, desenvolvemos dois indicadores que identificam as espacialidades dos fenômenos estudados e dos municípios que devem ser priorizados para a implantação ou ampliação da cobertura dos centros de atenção psicossocial. Contribuições da geostatística foram fundamentais para identificarmos esses municípios e avaliarmos a relação entre a quantidade de óbitos e

internações por portes populacionais, ao destacar as tendências de efetividade das internações.

A análise da distribuição dos equipamentos e serviços de saúde relacionados aos fenômenos estudados e por portes populacionais dos municípios são fundamentais para subsidiar a política pública de saúde mental, com o objetivo de ampliar a acessibilidade aos equipamentos e serviços, que contribuam para induzir o bem-estar humano.

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 a decisão dos projetos a serem contemplados, o que não limita a oferta destes serviços a todos os municípios, mas busca uma forma mais equitativa de realizar a sua distribuição espacial.

A distribuição dos centros de atenção psicossocial e dos hospitais especializados em psiquiatria contribui para fortalecer as centralidades urbanas paranaenses, como se identificou nas principais aglomerações urbanas, sobretudo nas cidades de Curitiba e Londrina, que juntas contam com quinze CAPS e dez hospitais especializados em psiquiatria, todos sobre a esfera administrativa privada, alguns parcialmente e outros totalmente financiados por recursos públicos.

Novos estudos para identificar os fatores bio-psico-sociais relacionados à este mal-estar humano devem ser feitos. 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. O aprofundamento das correlações presentes neste trabalho exige a complementação a partir de outras abordagens metodológicas qualitativas, imprescindíveis para a compreensão dos contextos geográficos associados à saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- BANDO, D. H. **Padrões espaciais do suicídio na cidade de São Paulo e seus correlatos socioeconômicos-culturais**. 2008. 104 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Programa de Pós-graduação em Geografia Física da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas - Universidade de São Paulo.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM**. Brasília: DF, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: DF, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**, 2011a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acessado em: 10 mar. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**, 2011b. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acessado em: 14 ago. 2011.
- DURKHEIM, E. **Le suicide**. Paris: PUF, 1986.
- FARIS, R. E.; DUNHAM, H. W. **Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and others psychoses**. Chicago: University of Chicago Press, 1965.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- GIGGS, J. A. The distribution of schizophrenia in Nottingham. **Transactions of the Institute Medical Journal**, London, v. 284, p. 294-287, 1973.

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

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

LUZ, M. **Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MEADE, M. S.; FLORIN, J. W.; GESLER, W. M. **Medical geography**. London/ New York: Guilford Press, 1988.

MENEGHEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 804-810, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIA DE SAÚDE. **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**. Coimbra: Quarteto, 2001. (Coleção Psicologia Clínica e Psiquiatria, n. 12).

IÑIGUEZ ROJAS, L. Salud y bienestar humano en la Geografía de América Latina. In: LEMOS, A. I. G; SILVEIRA, M. L; ARROYO, M. (Org.) **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: Juventud, 1955.

Recebido em novembro de 2011

Revisado em março de 2012

Aceito em agosto de 2012

