

SAÚDE MENTAL NA AMAZÔNIA: MORTALIDADE POR SUICÍDIO E COBERTURA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO PARÁ DE 2006 A 2015

MENTAL HEALTH IN THE AMAZON: MORTALITY FROM SUICIDE AND COVERAGE OF PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS IN THE STATE OF PARÁ, 2006 TO 2015

Resumo

Objetivos: Apresentar as taxas de suicídio no estado do Pará e os fatores sociodemográficos associados, assim como descrever as taxas de cobertura pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) entre 2006 e 2015.

Métodos: Foram utilizados dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Resultados: As taxas de suicídio do estado do Pará tiveram aumento de 44% entre 2006 e 2015, mais que o dobro do aumento nacional no mesmo período. Observou-se que o suicídio ocorre em uma relação 4:1 entre os sexos masculino e feminino; 1/3 das mortes se concentra na faixa etária de adultos jovens; a maioria é de raça/cor parda e de estado civil solteiro. O enforcamento foi o método de suicídio mais utilizado. No mesmo período, segundo o Ministério da Saúde, houve melhora da cobertura de CAPS no estado, que era de 0,48 CAPS/100 mil habitantes em 2006, considerado de nível regular/baixo, e passou a ser de 1,06 CAPS/100 mil habitantes em 2015.

Conclusão: A metodologia empregada não permite estabelecer uma relação causal entre cobertura por CAPS e taxas de suicídio.

Palavras-chave: Suicídio, prevenção, saúde pública.

Abstract

Objectives: To present suicide rates in the state of Pará and associated sociodemographic factors, as well as to describe coverage rates of the Psychosocial Care Centers (Centros de Atenção Psicossocial [CAPS]) between 2006 and 2015.

Methods: Data were retrieved from the National Mortality Information System (Sistema de Informação sobre Mortalidade [SIM]), the National Registry of Health Establishments (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [CNES]), and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE).

Results: State suicide rates rose 44% between 2006 and 2015, more than double the national increase in the same period. It was observed that suicide occurs at a 4:1 ratio between males and females; a third of the deaths affects young adults; most victims have brown skin color and are single. Hanging was the suicide method most commonly used. In the same period, according to the Brazilian Ministry of Health, there was an improvement in the coverage of CAPS in the state, from 0.48 CAPS/100,000 inhabitants in 2006, considered regular/low, to 1.06 CAPS/100,000 inhabitants in 2015.

Conclusion: The methodology employed does not allow to establish a causal relationship between CAPS coverage and suicide rates.

Keywords: Suicide, prevention, public health.



BRUNO SOUZA BRABO¹, LUCAS FERNANDEZ PEREIRA², PEDRO PAULO FREIRE PIANI³

¹ Médico psiquiatra. Mestre em Saúde Ambiente e Sociedade na Amazônia (PPGSAS), Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA. ² Médico psiquiatra. ³ UFPA, Belém, PA.

INTRODUÇÃO

Em 2012, o suicídio tornou-se a 15ª principal causa de óbito na população geral e a segunda entre pessoas de 15 a 29 anos. Apesar disso, o problema não vem sendo tratado como uma prioridade em saúde pública na maioria dos países¹.

Diante desse quadro, em 2013, a Organização Mundial da Saúde (OMS), da qual o Brasil é país membro, definiu como meta para todos os países a redução em 10% das taxas de suicídio até 2020². Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) firmou a redução em 1/3 da mortalidade por suicídio até 2030 como uma das metas para se alcançar os objetivos do desenvolvimento sustentável³.

Apesar de ser um fenômeno global, 78% das mortes por essa causa concentram-se nos países de baixa e média renda. O Brasil ocupa a oitava posição mundial em números absolutos de casos⁴, e dados recentemente publicados confirmam a tendência de crescimento progressivo e constante das taxas⁵, tal como já evidenciado por outros estudos de série temporal disponíveis nacionalmente⁶. Entre os anos de 1980 e 2012, a taxa de suicídio cresceu em 86,4%⁷.

Atualmente, a OMS qualifica o Brasil no grupo de países com boa qualidade dos dados sobre mortalidade. Isso possibilita estudos mais fidedignos à realidade e, conseqüentemente, maior impacto sobre a tomada de decisões a respeito das políticas públicas⁸.

Levantamentos sobre suicídio no Brasil apontam altas taxas nos estados sulistas, destacando-se o Rio Grande do Sul por seus números alarmantes. Entretanto, estudos que utilizaram os municípios como unidade de análise evidenciaram taxas extremamente elevadas em Taipas do Tocantins, no Tocantins (79,7 óbitos/100 mil habitantes), em Itaporã, no Mato Grosso do Sul (75,1 óbitos/100 mil habitantes), em Mampituba, no Rio Grande do Sul (52,9 óbitos/100 mil habitantes), e em Monjolos, em Minas Gerais (52,8 óbitos/100 mil habitantes)⁹.

O cenário epidemiológico é preocupante, porém há evidência consistente de que o suicídio pode ser prevenido por diversas estratégias, seja pela abordagem adequada nos meios de comunicação, seja por políticas de controle de acesso aos meios utilizados^{8,10}. As estratégias preventivas devem ser multissetoriais; entretanto, sabe-se que os serviços de assistência à saúde mental exercem um papel importante¹.

Atualmente, de acordo com a OMS, a prevenção do suicídio pode ser classificada em três níveis: universal, seletiva e indicada. Como universal, entendem-se as estratégias que potencializem o máximo de saúde e permitam o acesso aos serviços de assistência à população em geral. São intervenções seletivas as que se dirigem a grupos notadamente mais vulneráveis ao suicídio. As intervenções indicadas são direcionadas aos indivíduos com tentativas prévias e/ou diagnosticados com transtornos mentais¹.

Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ganham especial importância, pois são os serviços que dispõem de profissionais especializados e/ou capacitados para o atendimento em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Dados divulgados pelo Ministério da Saúde, no primeiro boletim epidemiológico nacional sobre o suicídio, apontam que a presença de CAPS em um município é um fator de proteção ao risco de suicídio, reduzindo as mortes em até 14%⁵.

Assim, o objetivo desse estudo é apresentar as taxas de suicídio no estado do Pará e os fatores sociodemográficos associados, bem como descrever as taxas de cobertura pelos CAPS entre 2006 e 2015.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, realizado a partir de dados secundários, obtidos através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio dos endereços eletrônicos <http://www2.datasus.gov.br> e <https://www.ibge.gov.br>, respectivamente.

Foram analisados todos os óbitos codificados entre X-60 e X-84, os quais representam a categoria de lesões auto provocadas dentro do capítulo "Causas Externas" da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹¹. Os códigos X-60 a X-69 (intoxicação exógena), X-70 (enforcamento), X-72 a X-74 (armas de fogo), X-71 e X-76 a X-84 (outros) especificam os métodos empregados.

Para as variáveis sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil e métodos de suicídio, optou-se por uma análise descritiva das frequências, seguida pela aplicação do teste qui-quadrado, com objetivo de avaliar se as diferenças



entre as proporções observadas eram estatisticamente significativas (valor de $p < 0,05$).

As taxas de mortalidade por suicídio e de cobertura de CAPS foram calculadas, ano a ano, em nível do Brasil, da região Norte e do estado do Pará, sendo apresentadas em figuras, com o intuito de possibilitar análise de tendência. As taxas de suicídio para cada um dos 144 municípios paraenses foram calculadas em quinquênios, 2006 a 2010 e 2011 a 2015, de forma a reduzir o viés de análise por conta das variações anuais e, juntamente com as taxas de cobertura de CAPS, foram apresentadas em bases cartográficas de limites municipais com o intuito de identificar padrões de correlação espacial.

RESULTADOS

Foram notificados 2.101 óbitos por suicídio entre os residentes do estado do Pará de 2006 a 2015. Observa-se que 80,49% ($n = 1.691$) eram do sexo masculino; a raça/cor parda foi verificada em 82,52% ($n = 1.704$) dos óbitos; houve maior concentração de mortes (29,87%; $n = 629$) na faixa etária de 20 a 29 anos; e a maioria das vítimas, (74,34%; $n = 1.324$), no que se refere ao estado civil, era solteira (Tabela 1).

Quanto aos métodos utilizados, o enforcamento foi o mais comum, representando 64,92% ($n = 1.364$) do total de óbitos, seguido pelo uso de arma de fogo (14,66%; $n = 308$) e intoxicação exógena (11,99%; $n = 252$).

Ao analisarmos os dados estratificando por sexo, observamos que o enforcamento permanece o método mais comum em ambos, representando 65,98% ($n = 1.115$) entre os homens e 60,58% ($n = 249$) entre as mulheres (Tabela 2).

Há, entretanto, divergência quanto aos métodos mais utilizados de acordo com o sexo: no sexo masculino, o uso de arma de fogo foi observado em 16,69% ($n = 282$) dos óbitos, correspondendo ao segundo método mais comum; já no sexo feminino, o uso de arma de fogo foi o método menos frequentemente utilizado, com apenas 6,33% ($n = 26$) do total, enquanto as intoxicações exógenas representaram 24,33% ($n = 100$) dos óbitos, apresentando-se como o segundo método mais frequente entre as mulheres (Tabela 2).

Outros métodos representaram 8,42% ($n = 177$) do total de óbitos. Nesse grupo, estão presentes métodos altamente letais e/ou violentos, como lesões

autoprovocadas por objetos perfurocortantes (3,76%; $n = 79$), precipitação de grandes alturas (1,33%; $n = 28$) e afogamento (1,09%; $n = 23$), por exemplo.

Dentro do grupo da intoxicação exógena, que representou 11,99% ($n = 252$) do total de óbitos, destaca-se que o envenenamento por pesticidas foi o método responsável pela maioria dos óbitos (55,95%; $n = 141$).

Tabela 1 - Características sociodemográficas das vítimas de suicídio ($n = 2.101$), residentes no estado do Pará, entre os anos de 2006 e 2015, apresentadas em números absolutos, percentual e valor de p

Variável/categoria	n	%	p*
Sexo			
Masculino†	1.691	80,49	< 0,0001
Feminino	410	19,51	
Raça/cor			
Parda†	1.704	82,52	< 0,0001
Branca	230	11,14	
Preta	114	5,52	
Indígena	12	0,58	
Amarela	5	0,24	
Faixa etária (anos)			
10 a 19	321	15,37	< 0,0001
20 a 29†	624	29,87	
30 a 39	454	21,73	
40 a 49	303	14,50	
50 a 59	190	9,10	
60+	197	9,43	
Estado civil			
Solteiro†	1.324	74,34	< 0,0001
Casado	374	21,00	
Viúvo/separado	83	4,66	

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS.

Os dados apresentaram ausência de resposta na declaração de óbito de 1,71% ($n = 36$) em relação à variável raça/cor; 0,57% ($n = 12$) em relação à faixa etária; e 15,23% (320) em relação ao estado civil.

* Teste qui-quadrado, nível de significância $p < 0,05$.

† Categorias que apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação às demais.

= 141), seguido pelas intoxicações medicamentosas, que somaram 18,65% (n = 47) dos casos, e pelas intoxicações por hidrocarbonetos e outros produtos químicos não especificados, também responsáveis por 18,65% (n = 47) dos casos. A intoxicação provocada por álcool representou 6,74% (n = 17) dos casos provocados por intoxicação exógena.

Dentro do grupo das intoxicações medicamentosas, que correspondem a 2,23% (n = 47) do total de óbitos, ressalta-se que a maioria dos óbitos (57,44%; n = 27) foi provocada pela ingesta intencional de medicações dispensadas e/ou comercializadas sem controle especial (analgésicos não opioides, anti-inflamatórios não hormonais, antitérmicos e antipiréticos, entre outros),

enquanto 42,55% (20) dessas mortes foram provocadas por medicações que requerem controle especial para sua dispensação/comercialização (anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, narcóticos, neurolépticos).

A série histórica da taxa de suicídio no cenário nacional, regional e estadual, no período de 2006 a 2015, evidencia um aumento nas taxas de suicídio nas três dimensões geográficas, sendo esse crescimento de 44% no estado do Pará, 58,49% na Região Norte e 19,95% no Brasil. Percebe-se, ainda, a ocorrência de “picos” na taxa nacional nos anos de 2008, 2012 e 2015 e oscilação para mais nas taxas de suicídio da Região Norte (à exceção do ano de 2012) e do estado do Pará (Figura 1).

Tabela 2 - Distribuição dos casos de suicídio conforme os métodos utilizados, segundo sexo e total, no período de 2006 a 2015, entre residentes do estado do Pará

Método utilizado	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Enforcamento	1.115	65,98	249	60,58	1.364	64,92
Arma de fogo	282	16,69	26	6,33	308	14,65
Intoxicação exógena	152	8,99	100	24,33	252	11,99
Outros	141	8,34	36	8,76	177	8,42
Total	1.690	100,00	411	100,00	2.101	100,00

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS.

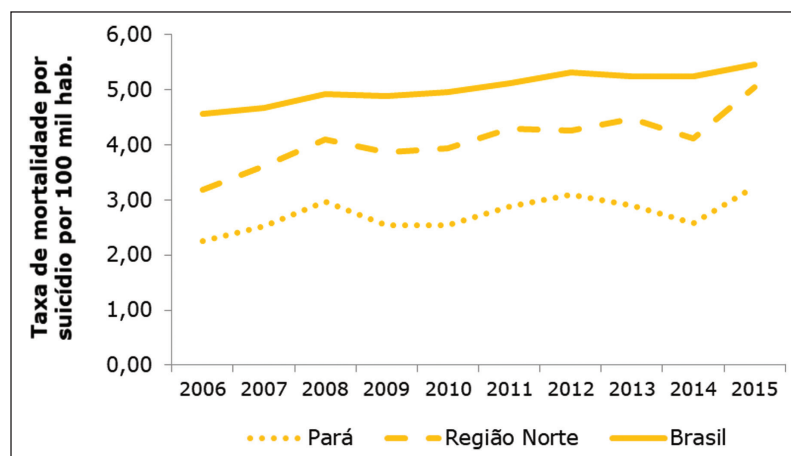


Figura 1 - Taxas de suicídio no Brasil, na Região Norte e no estado do Pará de 2006 a 2015. Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS e estimativas populacionais do IBGE.

A Tabela 3 mostra a evolução da taxa de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes no estado do Pará, na Região Norte e no Brasil ao longo do período estudado. Observa-se que a cobertura dos serviços atingiu, nacionalmente, nível considerado muito bom (acima de 0,70 CAPS/100 mil habitantes) no ano de 2008. Em relação ao estado do Pará e à Região Norte, o alcance desse melhor patamar de cobertura se deu nos anos de 2010 e 2011, respectivamente.

A Figura 2 mostra, através de representação cartográfica, os municípios de maior e menor taxas de suicídio e de cobertura de CAPS no estado do Pará. Os mapas permitem observar o crescimento da cobertura de CAPS entre os anos de 2006 e 2015, bem como o aumento do número de municípios que melhoraram o seu nível de cobertura, identificados pela cor azul marinho, que representa o melhor nível de cobertura assistencial. Os mapas permitem a visualização da expansão dos serviços ao longo dos anos.

Em 2006, o estado do Pará contava com apenas 35 CAPS, o que se traduzia em uma cobertura geral de 0,48 CAPS por 100 mil habitantes. Em 2015, o estado passou a ter 87 CAPS, o que elevou o nível de cobertura para 1,06 CAPS por 100 mil habitantes. Essa ampliação de 52 CAPS durante a década representou um crescimento de 120,83% na cobertura.

Tabela 3 - Evolução da taxa de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes no estado do Pará, na Região Norte e no Brasil, de 2006 a 2015

Ano	Pará	Região Norte	Brasil
2006	0,32	0,25	0,43
2007	0,34	0,29	0,50
2008	0,48	0,46	0,78
2009	0,58	0,52	0,85
2010	0,75	0,63	0,94
2011	0,86	0,73	1,01
2012	0,89	0,84	1,11
2013	1,00	0,89	1,16
2014	1,05	0,95	1,27
2015	1,06	1,00	1,33

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/DATASUS e estimativas populacionais do IBGE.

A taxa de óbito por suicídio no estado do Pará, de maneira geral, apresentou um crescimento expressivo durante a década estudada (Figura 1). Observa-se, na distribuição cartográfica (Figura 2), que os municípios com maiores taxas de suicídio permaneceram sendo os mesmos e são predominantemente das regiões do Tapajós (Novo Progresso, Itaituba), Araguaia (Cumaru do Norte, Santa Maria da Barreira e Conceição do Araguaia), Xingu (Altamira, Uruará e Medicilândia) e Baixo Amazonas (Almeirim, Prainha e Uruará).

DISCUSSÃO

Os óbitos por suicídio são notificados dentro do capítulo das causas externas da CID-10, e estas representaram a segunda principal causa de morte no estado do Pará. O suicídio foi a terceira causa mais frequente (3,68%) de mortalidade por causas externas, atrás das mortes por homicídio (53,28%) e acidentes de trânsito (37,89%).

Essa representatividade do suicídio entre as mortes violentas é considerada baixa mesmo se comparada, por exemplo, a outros países da América Latina, onde o suicídio corresponde a cerca de 20% do total de mortes violentas, 15% entre homens e 34% entre mulheres. Mundialmente, essas proporções são de 50% entre homens e 76% entre mulheres e, nos países desenvolvidos, cerca de 80% para ambos os sexos¹.

Esse fato se deve ao alto peso dos homicídios observados (53,28%) na população paraense. Entretanto, é válido assinalar que, por mais que os números do suicídio, proporcionalmente, não chamem tanto a atenção ao serem visualizados em conjunto com os casos de homicídio, estudos nacionais evidenciam que, apesar de as taxas de mortalidade por homicídio serem sempre mais elevadas, são as taxas de suicídio que mais crescem no país: entre 1980 e 2012, a taxa de suicídio cresceu 86,4% no Brasil⁷.

De 2002 a 2012, os óbitos por suicídio saltaram de 7.726 para 10.321 por ano, o que representou um aumento (33,6%) maior que o crescimento da população brasileira (11,1%) e muito superior ao crescimento da mortalidade por outras causas violentas, como os homicídios (2,1%) e os acidentes de trânsito (24,5%). Destaca-se que houve um aumento de 77,7% dos casos de suicídio na Região Norte, mais que o dobro do crescimento nacional, para o mesmo período⁷.

BRUNO SOUZA BRABO¹, LUCAS FERNANDEZ PEREIRA², PEDRO PAULO FREIRE PIANI³

¹ Médico psiquiatra. Mestre em Saúde Ambiente e Sociedade na Amazônia (PPGSAS), Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA. ² Médico psiquiatra. ³ UFPA, Belém, PA.

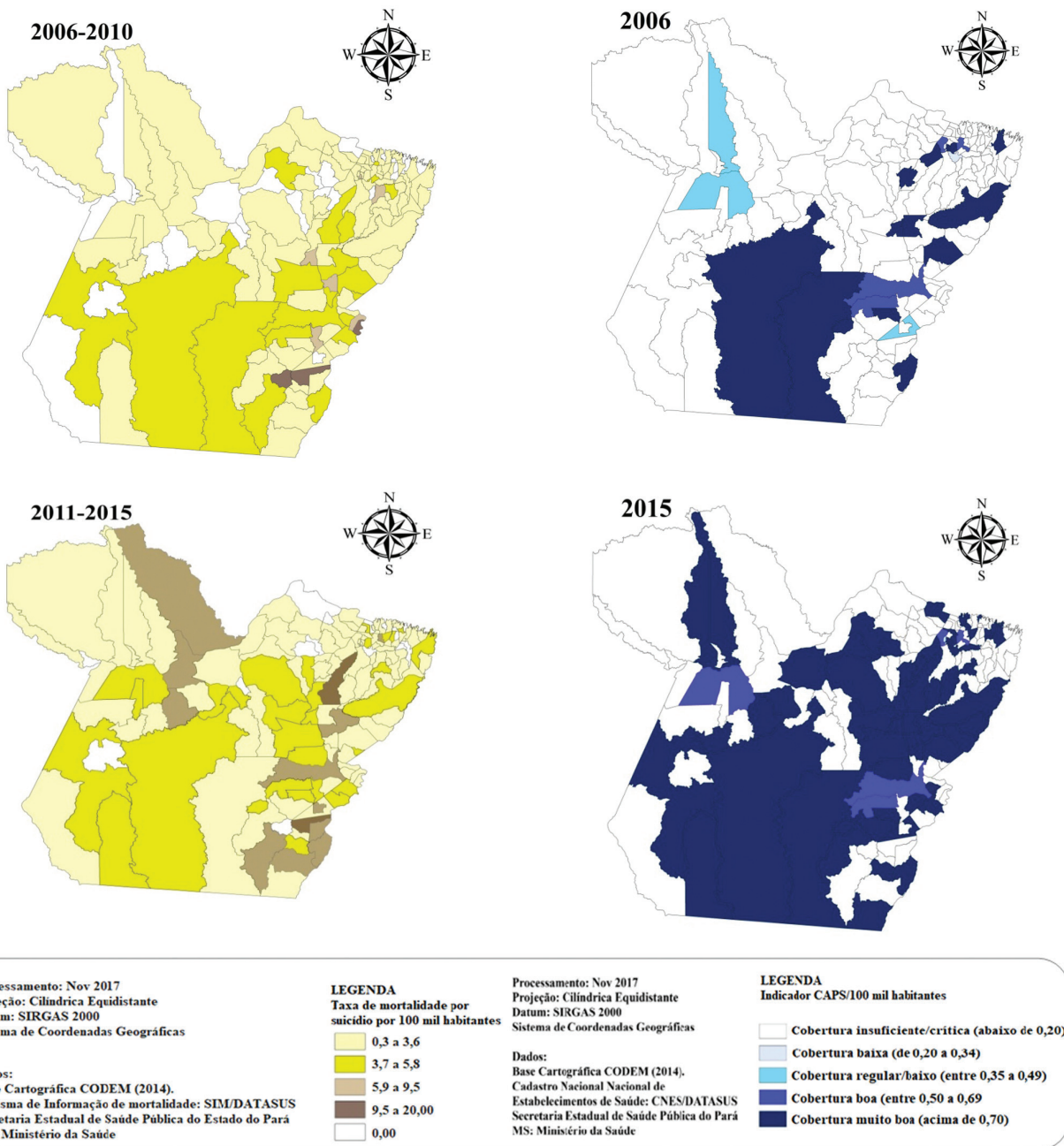


Figura 2 - Cartografia das taxas de mortalidade por suicídio (por 100 mil habitantes) de 2006-2010 e 2011-2015 e de cobertura de CAPS (por 100 mil habitantes) em 2006 e 2015, no estado do Pará. Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/DATASUS e IBGE.

ARTIGO ORIGINAL

BRUNO SOUZA BRABO
LUCAS FERNANDEZ PEREIRA
PEDRO PAULO FREIRE PIANI

ARTIGO

Vale lembrar que a subnotificação dos casos de suicídio ainda é um problema enfrentado inclusive em países desenvolvidos, nos quais muito já se avançou no enfrentamento do estigma associado ao tema. Isso nos faz supor que, em países onde o tema não foi amplamente discutido, como o Brasil, a subnotificação possa ser ainda mais significativa e reforçada pelos aspectos socioculturais das comunidades^{8,12}.

Além disso, a existência de cemitérios e/ou covas clandestinas, que não exigem documentação legal para sepultamento dos mortos, pode contribuir ainda mais para a subnotificação dos casos¹³.

Em relação às características sociodemográficas do suicídio no estado do Pará, encontrou-se que 1/3 dessas mortes ocorre entre 20 e 29 anos e que a maioria (67%) dos casos se concentra entre 10 e 39 anos. Essa alta mortalidade entre os jovens se assemelha à observada nos países desenvolvidos e nos traz uma nova maneira de visualizar a dimensão do problema, ao imaginarmos os anos potenciais de vida perdidos em decorrência do suicídio¹⁴.

O alto impacto do suicídio entre os jovens é um fenômeno global. Em 2012, por exemplo, se analisadas as causas de morte entre os jovens de 15 a 29 anos, mundialmente, o suicídio representou a segunda principal, ficando atrás apenas dos acidentes de trânsito¹.

Diferentemente do que se observa em termos globais e nacionais, a prevalência do suicídio no estado do Pará não aumentou nas idades mais avançadas^{1,5}, o que pode ocorrer pelo fato de que se optou, neste estudo, por uma análise proporcional da mortalidade por suicídio nas diferentes faixas etárias. Esse fato, associado à estrutura demográfica em padrão de pirâmide observada no estado do Pará, pode mascarar os números do fenômeno entre os idosos, sendo mais apropriado o cálculo de taxas padronizadas para melhor investigação do fenômeno nessa faixa etária^{15,16}.

Em relação ao sexo mais prevalente, encontrou-se a relação masculino/feminino de 4:1 óbitos, semelhante ao observado nacionalmente e na maioria dos países desenvolvidos. A proporção de suicídios entre homens é, via de regra, maior que entre mulheres, porém guardam-se algumas diferenças regionais. Nos países em desenvolvimento, essa relação não é tão alta, girando em torno de 1,6:1. A proporção encontrada

neste estudo se aproxima da observada nos países europeus e norte-americanos⁴.

Uma exceção mundial é a zona rural da China, onde o número de suicídios é maior entre mulheres que homens, o que provavelmente se deve a questões de desigualdade de gênero ligadas ao trabalho e maior acesso a meios como pesticidas¹⁷.

Em relação à raça/cor, não se observou, como encontrado nos recentes trabalhos nacionais, maiores números entre pessoas indígenas⁵. Esses achados, novamente, podem ser atribuídos ao fato de as características demográficas serem analisadas proporcionalmente e não por coeficientes padronizados para cada uma das categorias raça/cor. Nesta análise proporcional, encontrou-se o predomínio da raça/cor parda, também predominante entre os habitantes do estado do Pará, segundo informações censitárias¹⁶.

O estado civil solteiro, predominante (74,34%) entre os óbitos por suicídio observados neste estudo, é reconhecidamente uma das características demográficas mais associadas ao suicídio e especula-se que se deve ao maior sentimento de isolamento, menos laços afetivos e, por vezes, falta de rede de apoio familiar nesse grupo⁶.

Há, na literatura, uma divisão teórica dos métodos de suicídio entre violentos e não violentos, a qual frequentemente é utilizada para descrever que os primeiros estão mais associados ao sexo masculino, o que explica o maior número de casos de suicídio entre homens, ao passo que os últimos, não violentos, são mais observados no sexo feminino, explicando por que, entre as mulheres, as tentativas são mais prevalentes que os suicídios em si.

Outros autores, entretanto, questionam o uso do termo “não violento” para se referir ao suicídio e sugerem a utilização dos termos “métodos de alta letalidade” para se referir, por exemplo, ao disparo de arma de fogo, salto de grandes alturas, entre outros métodos via de regra mais associados a um desfecho fatal; e “métodos de baixa letalidade” para descrever o envenenamento, cortes superficiais, entre outros¹³.

A importância de se conhecerem os métodos de suicídio mais utilizados se justifica diante das evidências de intervenções eficazes, por exemplo, restrição de acesso a pesticidas¹⁴, a armas de fogo¹⁵ e a trilhos de trens e metrô. Entretanto, os métodos não são identificados



BRUNO SOUZA BRABO¹, LUCAS FERNANDEZ PEREIRA², PEDRO PAULO FREIRE PIANI³

¹ Médico psiquiatra. Mestre em Saúde Ambiente e Sociedade na Amazônia (PPGSAS), Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA. ² Médico psiquiatra. ³ UFPA, Belém, PA.

em cerca de 72% dos casos. Isso gera a necessidade de investigações regionais, para que se possam formular políticas de intervenção mais específicas.

O presente estudo evidenciou que a maioria dos suicídios no estado do Pará se dá através de enforcamento (65%). Entretanto, o disparo de arma de fogo teve importante peso entre homens (16,7%), e a intoxicação exógena, entre mulheres (24,3%). Nesses grupos, sim, há evidência suficiente de que políticas de restrição dos meios têm eficácia na prevenção. É válido destacar que a restrição de acesso a um dado meio não está associada ao aumento da morte por suicídio por outros métodos¹⁸.

No que diz respeito às taxas de suicídio encontradas neste estudo, é notável que as taxas nacionais, durante todo o período estudado, foram mais elevadas que as da Região Norte, e estas, por sua vez, maiores que as do estado do Pará. Entretanto, deve-se observar que o crescimento da taxa paraense (44%) foi maior que o dobro do crescimento da taxa nacional (20%), porém não superou o aumento da Região Norte (58,5%).

Vale ressaltar que as taxas nacionais, apesar de terem apresentado o menor crescimento no período deste estudo, vêm aumentando de forma progressiva e constante: na década de 1980, o crescimento foi de 9,4%; na década de 1990, o aumento foi de 23,9%; e nos anos 2000 a 2012, foi de 37,6%⁸, valor próximo ao observado atualmente para a taxa no estado do Pará (44%).

Esses dados corroboram estimativas da OMS feitas na virada do século XXI, as quais apontam o crescimento constante das taxas. Chama a atenção que essas estimativas mostram o grande aumento do suicídio, podendo chegar a mais de 1,5 milhão de mortes no ano de 2020, caso medidas preventivas não sejam adotadas regionalmente¹⁹.

As pequenas oscilações nas taxas de suicídio para mais ou para menos, via de regra, foram correspondentes na Região Norte e no estado do Pará, sugerindo que as mesmas influenciaram o aumento das taxas nacionais, tal como evidenciado por estudo de série histórica nacional⁷.

O boletim epidemiológico do Ministério da Saúde calcula que cada CAPS está associado a uma redução média de 14% das mortes por suicídio nacionalmente, sugerindo como fator protetor a presença desses serviços nos municípios⁵.

No entanto, apesar da significativa melhora da cobertura de CAPS no estado do Pará, que era de 0,48 CAPS/100 mil habitantes em 2006, considerada de nível regular/baixo, e passou a ser de 1,06 CAPS/100 mil habitantes em 2015 (Tabela 3), melhor nível de cobertura segundo critérios do Ministério da Saúde⁵, as taxas de suicídio no estado tiveram aumento de 44%, saindo de 2,25 óbitos/100 mil habitantes em 2006 para 3,24 óbitos/100 mil habitantes em 2015 (Figura 1).

A análise cartográfica com recorte municipal identificou que alguns municípios apresentaram crescimento ou mantiveram altas taxas de suicídio apesar da melhoria na cobertura de CAPS; outros obtiveram pequenas, porém significativas reduções em suas taxas de mortalidade, em concomitância com melhoria do nível de cobertura de CAPS municipal; e um terceiro grupo de municípios, mesmo com altas taxas de morte por suicídio, não recebeu nenhum investimento no que diz respeito à cobertura de CAPS durante o período estudado (Figura 2).

Pesquisadores afirmam que a geografia tem muito a contribuir nos estudos epidemiológicos e na saúde coletiva e denominam essa área epidemiologia geográfica. Nesse sentido, é importante que estudos sejam feitos para apontar em quais territórios o suicídio revela-se um problema de maior dimensão, para que, assim, possa-se ampliar ou fortalecer os CAPS e outras estratégias preventivas nesses locais²⁰.

Apesar dos CAPS serem considerados estratégicos na reformulação das políticas de saúde mental no Brasil, ainda faltam mecanismos de avaliação sistemáticos. Sabe-se, entretanto, que um único indicador, ainda que este seja a taxa de suicídio, não é capaz de inferir a efetividade de um serviço, dada a complexidade do tema²¹.

Segundo estudiosos, o campo de avaliação das políticas e estratégias em saúde tem crescido bastante nos últimos anos no Brasil. No que diz respeito à saúde mental, importantes avanços ocorreram, sustentados por avaliações qualitativas, com construção de indicadores, através de grupos focais com pacientes, profissionais, gestores e familiares, a exemplo dos estudos realizados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Campinas²², e mais recentemente, ampliados para um número maior de CAPS no estado de São Paulo, por meio da mesma metodologia²³.



ARTIGO ORIGINAL

BRUNO SOUZA BRABO
LUCAS FERNANDEZ PEREIRA
PEDRO PAULO FREIRE PIANI

ARTIGO

CONCLUSÃO

As taxas de suicídio cresceram mais na Região Norte e no estado do Pará no período estudado, em comparação com as taxas nacionais. No estado do Pará, a maior proporção das mortes ocorre entre adultos jovens, do sexo masculino, de estado civil solteiro e raça/cor parda. No mesmo período, houve um aumento da taxa de cobertura pelos CAPS.

Artigo submetido em 09/01/2019, aceito em 19/02/2019. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Bruno Souza Brabo, Av. Senador Lemos, 435, Ed. Village Boulevard, sala 405, CEP 66050-000, Umarizal, Belém, PA.

E-mail: brunosbrabo@yahoo.com.br

Referências

1. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Genebra: WHO; 2014.
2. World Health Organization (WHO). Mental health action plan 2013-2020. Genebra: WHO; 2013.
3. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. General Assembly, Seventieth session. 2015;15-16301:1-35.
4. World Health Organization (WHO). Suicide data [Internet]. [cited 2018 May 25]. www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent
5. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. Boletim Epidemiológico. 2017;48(30).
6. Mello-Santos dC, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Braz J Psychiatry*. 2005;27:131-4.
7. Brasil, Secretaria Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Mapa da violência: os jovens no Brasil. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria Nacional de Promoção da Igualdade Racial; 2014.
8. World Health Organization (WHO). World health statistics 2017: monitoring health for The SDGs. Genebra: WHO; 2017.
9. Dantas AP, Azevedo UN, Nunes AD, Amador AE, Marques MV, Barbosa IR. Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. *Braz J Psychiatry*. 2018;40:12-8.
10. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: s resource for media professionals - update 2017. Genebra: WHO; 2017.
11. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID 10. Vol. 2. São Paulo: EDUSP; 2007.
12. Pritchard C, Hansen L. Examining undetermined and accidental deaths as source of "under-reported-suicide" by age and sex in twenty Western countries. *Community Ment Health J*. 2015;51:365-76.
13. Ishitani LH, Teixeira RA, Abreu DM, Paixão LM, França EB. Quality of mortality statistics' information: garbage codes as causes of death in Belo Horizonte, 2011-2013. *Rev Bras de Epidemiol*. 2017;20:S34-45.
14. Houston K, Hawton K, Shepperd R. Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. *J Affect Disord*. 2001;63:159-70.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População [Internet]. [cited 2018 Jan 21]. cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama, acessado em 21/01/2018.
16. Gordis L. Epidemiologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.
17. Chen YY, Chen M, Lui CSM, Yip PSF. Female labour force participation and suicide rates in the world. *Soc Sci Med*. 2017;195:61-7.
18. Anestis MD, Selby EA, Butterworth SE. Rising longitudinal trajectories in suicide rates: the role of firearm suicide rates and firearm legislation. *Prev Med*. 2017;100:159-66.
19. World Health Organization, Mental and Behavioural Disorders Team. Figures and facts about suicide. Genebra: WHO; 1999.

BRUNO SOUZA BRABO¹, LUCAS FERNANDEZ PEREIRA², PEDRO PAULO FREIRE PIANI³

¹ Médico psiquiatra. Mestre em Saúde Ambiente e Sociedade na Amazônia (PPGSAS), Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA. ² Médico psiquiatra. ³ UFPA, Belém, PA.

20. Mota AAd. Suicídio no Brasil e os contextos geográficos: contribuições para política pública de saúde mental [dissertation]. São Paulo: UNESP; 2014.
21. Mendes MFM, Rocha CMF. Artigo original avaliação em saúde mental: uma análise de políticas nacionais e internacionais. Saude Rede. 2016;2:352-9.
22. Onocko-Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Mirandal L, Pegolo da Gama CA. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev Saude Publica. 2009;43:16-22.
23. Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LTLS. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. Saude Debate. 2017;41:71-83.



bairral

um modelo único de bem-estar mental

Na busca incessante por excelência naquilo que fazemos, nos tornamos o maior complexo de saúde mental da América Latina e atualmente possuímos seis frentes de atuação: **internações psiquiátricas**, **atendimento especializado em saúde mental**, **residências terapêuticas**, **comunidade terapêutica**, **centro de formação** e **centro de pesquisa**.

São quase mil leitos de internação distribuídos em dezenove unidades especializadas por perfil funcional, mais de mil colaboradores e oitenta anos de conhecimento e dedicação.

Bairral, um modelo único de bem-estar mental

[in]

[ae]

[rt]

[ct]

[cf]

[cp]