



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Geografia
Programa de Pós-Graduação em Geografia

PADRÃO ESPACIAL DO SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL.

Ana Júlia Tomasini
Dissertação de Mestrado

Brasília, 2016.

Ana Júlia Tomasini

PADRÃO ESPACIAL DO SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL.

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Geografia para obtenção do título de Mestre em Geografia.

Orientadora: Profa. Dr^a Helen da Costa Gurgel.

Coorientador: Dr. Walter Ramalho

“Acho que prefiro me lembrar de uma vida desperdiçada com coisas frágeis, do que uma vida gasta evitando a dívida moral. E me perguntei a que me referia com coisas frágeis. Parecia um belo título para um livro de contos. Afinal, existem tantas coisas frágeis. Pessoas se despedaçam tão facilmente, sonhos e corações também”.

Neil Gaiman, 2010.

AGRADECIMENTOS

Sempre achei que as palavras não bastam para repassar o que sentimos por dentro de cada um de nós - quando me deparei com os agradecimentos, que são aqui materializados em palavras - fiquei um tempo a pensar... nossa! São tantas pessoas que fizeram parte desse meu trilhar para o começo e finalização desta pesquisa, que eu nem sei por onde começar. Que maravilha perceber que sempre estive bem acompanhada nesse caminho, que por muitas vezes se torna árduo, desmotivador, mas *com uma pequena ajuda dos meus amigos* foi completamente possível e também um processo muito carinhoso, de aprendizado e descobertas com a temática que tenho afinidade e carrego no meu coração.

Assim, agradeço a todas e todos que contribuíram para a concretização dessa pesquisa: a minha família - sem vocês viver seria solitário, a minha mamãe Sirlei Aparecida Fabrício, meus pais Marcos Tomasini e Rogério Coelho de Souza por terem me permitido meios materiais e emocionais para estudar e por construírem em mim um apreço pelo caminho do saber: OBRIGADA por todo o carinho dedicado. Ao meu companheiro Paulo Roberto Wagner Pinheiro Júnior – pela paciência, apoio, dedicação e carinho que sempre e em todos os momentos tem comigo, obrigada por existir e por todo o amor.

À minha orientadora Helen da Costa Gurgel e ao coorientador Walter Ramalho, pelo aprendizado e incentivo ao saber. Ao Diego Moreira, Patrícia Alves, Patrícia Camarão, Pedro Coutinho: pelos ensinamentos, incentivos, tutoriais, sem vocês a pesquisa não seria possível. Ao Laboratório de Geografia, Ambiente e Saúde - LAGAS, por todo o apoio, convívio e ensinamentos.

Às professoras e professores do departamento de Geografia na Universidade de Brasília, em especial aos professores Dante F. C. Reis Júnior e Neio Lúcio de Oliveira Campos, por todos os ensinamentos sólidos sobre essa difícil ciência e por despertar um interesse sempre maior pela geografia.

A todas e todos com quem tive o privilégio de trabalhar e aprender na Fundação Oswaldo Cruz - a equipe da professora Luciana Sepúlveda Köptcke - por toda essa vivência que fez parte de quem eu sou e do que eu pesquiso, levo para sempre todo o carinho, meu muito obrigada!

As minhas *abiugas*, amigas e amigos, por cada pensamento, questionamento, dica, conforto, estudos e cafés, vocês são essenciais e fazem a vida valer a pena. E por fim agradeço à universidade pública que infelizmente ainda é um privilégio.

*E é isso que dá sentido à nossa vida: as coisas pelas quais estamos dispostos a morrer.
As coisas que nos dão razões para morrer são as mesmas que nos dão razões para
viver.*

Rubem Alves, 1996.

RESUMO

O suicídio enquanto uma questão de saúde pública, precisa ser mais estudado através de metodologias que proporcionem mais subsídios para o entendimento desse fenômeno complexo que se tornou uma grande questão social e de saúde na contemporaneidade. Assim, o presente estudo pretende analisar o padrão espacial da distribuição das taxas de mortalidade por suicídio no Distrito Federal no período de 2000-2015 e verificar se existe relação com variáveis sócio-econômicas-culturais das diferentes Regiões Administrativas do Distrito Federal - DF, através de técnicas de geoprocessamento pelo uso de geotecnologias. A metodologia consistiu em pesquisa exploratória, revisão da literatura, levantamento de dados e uso de geotecnologias como análise de *Kernel*. Foi traçado um perfil do suicídio durante o período dos anos de 2000-2015, e esse perfil foi caracterizado como a maioria do gênero masculino, sobrepondo-se três a quatro vezes mais que no gênero feminino. Os jovens também são maioria nas incidências de óbitos por suicídio; o meio utilizado na maioria dos casos é o enforcamento na própria residência, e os desempregados, estudantes, aposentados e a área de segurança – policiais e militares – tem maior expressividade nos óbitos por suicídio no Distrito Federal no período estudado. Esse perfil foi em consonância com a literatura, sendo um resultado que vai ao encontro dos dados a nível local e mundial, muito ainda, a literatura não tenha uma vasta produção sobre os fatores que podem explicar sociologicamente e fenomenologicamente o porquê desses resultados. O padrão espacial mostrou maior expressividade nas áreas urbanizadas, sendo uma importante categoria a ser analisada para a gestão de políticas públicas na área.

PALAVRAS –CHAVES: *Suicídio, Geografia, Saúde Mental, Padrão Espacial.*

ABSTRACT

Suicide as a public health issue needs to be further studied through methodologies that provide more support for the understanding of this complex phenomenon that has become a major social and health issue in contemporary times. Thus, the present study intends to analyze the spatial pattern of the distribution of death rates by suicide in the Federal District of Brazil in the period of 2000 through 2015 and to verify if there is a relationship with socioeconomic-cultural variables of the different Administrative Regions of the Federal District, by means of techniques of geoprocessing by the use of geotechnologies. The methodology consisted of exploratory research, literature review, data collection and use of geotechnologies as the Kernel map. A profile of suicide was drawn during the period 2000-2015, and this profile was characterized as the majority of the male gender, overlapping three to four times more than in the female gender. Young people are also the majority in the incidence of suicide deaths; the means used in the majority of cases is hanging in his or her own residence, and the unemployed, students, retirees and the employees in the security area - police and military - have greater expressiveness in suicide deaths in the Federal District during the studied period. This profile was in agreement with the literature, being a result that meets the data at local and world level, even though the literature does not have a vast production on the factors that can explain sociologically and phenomenologically the cause of these results. The spatial pattern showed greater expressiveness in the urbanized areas, being an important category to be analyzed for the management of public policies in the area.

KEY WORDS: *Suicide, Geography, Mental Health, Spatial Pattern.*

LISTA DE SIGLAS

ADH – Atlas do Desenvolvimento Humano
CNEFE - Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos
CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal
DATE – Divisão de Apoio Técnico e Estratégico
DF – Distrito Federal
DISAM – Diretoria de Saúde Mental
DSS – Determinantes Sociais da Saúde
DIVEP – Diretoria de Vigilância Epidemiológica
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GIASS – Gerência de Informação e Análise de situação em saúde.
GDF – Governo do Distrito Federal
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAI – Lesões Autoprovocadas Intencionalmente
LGBTTT– Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros.
MS – Ministério da Saúde
NAND – Núcleo de Análise de Dados
NST – Núcleo de Suporte Técnico
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios.
PCDF – Polícia Civil do Distrito Federal
RA – Região Administrativa
SES-DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SEC – Seção de Estatística Criminal
SIG– Sistema de Informação Geográfica
SIM – Sistema de Informação em Mortalidade
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS – Sistema único de Saúde
SVS – Sistema de Vigilância da Saúde
UF – Unidade da Federação

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 – Determinantes sociais: modelo de Dalhgren e Whitehead	42
FIGURA 02 – Gráfico suicídio por faixa etária 2000-2015	80
FIGURA 03 – Gráfico suicídio por gênero 2000-2015	82
FIGURA 04 – Gráfico suicídio por causa-morte 2000-2015	86
FIGURA 05 – Gráfico suicídio por local de ocorrência 2000-2015	89
FIGURA 06 – Gráfico suicídio por raça/cor 2000-2015	90
FIGURA 07 – Gráfico suicídio por mês 2000-2015	96
FIGURA 08 – Gráfico de eventos e total de ocorrências de suicídios	97

LISTA DE MAPAS

MAPA 01- Mapa das 19 regiões administrativas do Distrito Federal	23
MAPA 02- Mapa das 31 regiões administrativas do Distrito Federal	24
MAPA 03- A Área urbana do Distrito Federal	26
MAPA 04- Os CAPS no Distrito Federal	68
MAPA 05- Total dos suicídios no período de 2000-2015 no Distrito Federal	77
MAPA 06 – Total de suicídios e ocupação urbana no DF- 2000-2015	79
MAPA 07 – Taxa de suicídios no DF no ano de 2004	99
MAPA 08 – Taxa de suicídios no DF no ano de 2010	102
MAPA 09 – Taxa de suicídios no DF no ano de 2013	105
MAPA 10 - Mapa de densidade de suicídios no período de 2000-2007	109
MAPA 11- Mapa de densidade de suicídios no período de 2008-2015	111
MAPA 12 – Mapa de densidade dos suicídios no período 2000-2015	113

LISTA DE TABELAS

TABELA 01- Comparativo entre gênero e suicídio nas duas bases de dados	71
TABELA 02-Comparativo entre suicídios por região administrativa nas duas bases de dados	71
TABELA 03- Comparativo entre suicídios por região administrativa nas duas bases de dados	72
TABELA 04- Comparativo entre gênero e suicídio nas duas bases de dados	74
TABELA 05- Comparativo entre local de residência nas duas bases de dados 2006-2014	75
TABELA 06- Meio empregado por ano	85
TABELA 07- Local de ocorrência por ano	88
TABELA 08- Suicídio segundo cargo/ocupação	91
TABELA 09- Suicídio segundo ano e gênero	95
TABELA 10- Índice de Gini e Suicídio	107

SUMÁRIO

1. Introdução.....	12
1.1 Objetivos.....	15
1.2 Modelo Conceptual	16
1.3 Estrutura da dissertação	17
1.4 Abordagem metodológica	18
1.5 Metodologia Geral.....	18
1.5.1 A pesquisa exploratória	18
1.5.2 Revisão da Literatura.....	19
1.5.3 Levantamento dos dados	19
1.6 O uso de Geotecnologias	19
1.6.1 Mapa de densidade de Kernel.....	19
1.6.2. A escolha dos dados utilizados na caracterização do estudo.....	20
1.7 Caracterização da área de estudo.....	21
2. Estado da Arte ~ Suicídio e Geografia.....	28
2.1 O Suicídio.....	28
2.2 O suicídio e seus fatores de riscos	33
2.3 Geografia da Saúde.....	38
2.4 Os Determinantes Sociais da Saúde	42
2.5 As categorias de análises geográficas e a saúde	44
2.5.1 O espaço	44
2.5.2 O território	47
2.5.3 O lugar	48
2.6 Geoprocessamento e Geografia da Saúde	51
3. Variáveis para a análise do estudo sobre o Suicídio e Geografia.....	54
3.1 Os dados sobre suicídio	54
3.2 Os dados geográficos.....	60
3.3 Desafios da pesquisa.....	61
4. O suicídio e o Distrito Federal	64
5. A Análise dos dados.	70
5.1 Os dados da SES-DF e da PCDF.....	70
5.2 O suicídio no período de 2000-2015 no Distrito Federal: perfil epidemiológico.	76
5.3 O suicídio e suas variáveis de análise no Distrito Federal no período de 2000-2015.	80
5.3.1. Faixa etária	80
5.3.2 Gênero	81
5.3.4 Causa Morte.....	83
5.3.5 Local	88

5.3.6 Raça/Cor	89
5.3.7 Cargo/Ocupação	91
5.4 Suicídio por ano no período de 2000-2015	93
5.5 As Taxas de suicídio no Distrito Federal.....	97
5.5.1 Incidência de suicídios em 2004.....	97
5.5.2 Incidência de suicídios em 2010.....	100
5.5.3 Incidência de suicídios em 2013.....	103
6. A dinâmica do suicídio e suas variáveis socioeconômicas e culturais do Distrito Federal no período de 2000-2015.....	108
6.1 A densidade dos suicídios no período de 2000-2015	108
6.1.1 Bloco I – Mapa de densidade de suicídios no período de 2000-2007	108
6.1.2 Bloco II – Mapa de densidade de suicídios no período de 2008-2015.....	111
6.2 Mapa de densidade de suicídios no período de 2000-2015 no Distrito Federal.....	113
6.3 A dinâmica do suicídio no Distrito Federal no período 2000-2015.	114
7. Conclusão	116
8. Referências Bibliográficas.....	120
9 . Anexos	132

1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde - OMS (1996) entende o suicídio como um problema de saúde pública. De acordo com o primeiro relatório global da OMS sobre a prevenção do suicídio, mais de 800 mil pessoas se suicidam todos os anos, e a cada 40 segundos uma pessoa se suicida no mundo. Destes, cerca de 75% ocorre em países de baixa e média renda. No mundo como um todo, em números absolutos, o suicídio mata mais que o homicídio e as guerras juntos (MINAYO, 2010). O suicídio é a segunda maior causa de morte no mundo entre as pessoas entre 15 e 29 anos (OMS, 2014).

O suicídio é um fenômeno complexo imbuído de diferentes significados e visto, em geral, como um tabu¹. As consequências em ser um assunto velado são muitas, como: dificuldade de diálogo com a sociedade resultando na falta de métodos preventivos e de promoção da saúde mental, o adoecimento do núcleo familiar após a perda de um ente por suicídio, a carência de políticas públicas que se atentem aos indivíduos com sofrimentos psíquicos, e também a subnotificação dos dados de óbito por suicídio que resultam em pesquisas com menos confiabilidade e dados que não correspondem à realidade, tendo como consequência poucos estudos que problematizem o fenômeno por diferentes métodos, e, principalmente, a pouca compreensão dos fatores de risco que podem ser observados e prevenidos.

Os dados sobre as tentativas de suicídio não são habitualmente expostos, podendo-se inferir que este valor não expressa a nossa realidade de fato. Para o Ministério da Saúde: “[...] *os registros de tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis, mas estima-se que seja pelo menos 10 vezes maior que o número de suicídios*” [...] (BRASIL, 2009). Outros fatores também podem influenciar os registros como idade, método utilizado para tentativa de suicídio, cultura e acesso a serviços de saúde. Na maioria dos países, os índices de tentativas de suicídio não são claramente conhecidos (OMS, 2002).

As informações da literatura indicam que as estatísticas de suicídio se distribuem desigualmente pelo mundo em relação ao sexo, grupo de idade, modo de perpetração, raça e etnia (CAVALCANTE, 2012; MINAYO, 2010).

¹ Neste trabalho a palavra tabu é utilizado com o significado de proibição da prática de qualquer fenômeno social que seja moral, religiosa ou culturalmente reprovável ao olhar da maioria.

A faixa etária é um fator importante a ser analisado, pois o suicídio é apresentado como grave problema de saúde pública, estando entre as dez principais causas de morte na população mundial de todas as faixas etárias (SOUZA et al., 2011). Também já é a segunda principal causa da morte global por suicídio para pessoas de 15 a 29 anos de idade - ainda que, estatisticamente, pessoas com mais de 70 anos sejam mais propensas a cometer suicídio. Para a faixa etária de 15 a 29 anos, apenas acidentes de trânsito matam mais (OMS, 2014).

Esses fatores de risco supracitados são importantes para a análise e a abordagem da pessoa com risco de tentativa de suicídio por parte do profissional da saúde, pela família, amigos, colegas e pela sociedade. Toda pessoa que fala sobre suicídio e já passou por alguma tentativa merece um foco diferenciado. Diferente do dito popular “quem fala que vai se matar não se mata” os óbitos por suicídio estão intimamente relacionados às tentativas e são anunciados.

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1.271, de 6 de junho de 2014², na qual obriga hospitais públicos e privados a informar os serviços municipais de saúde, em até 24 horas, sobre tentativas atendidas. A notificação compulsória é obrigatória para os médicos e outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o artigo 8º da Lei nº 6.259, de 30/10/1975. Entretanto, o Senado analisa o Projeto de Lei que obriga a notificação em até 72 horas das tentativas de suicídio atendidas pelos serviços públicos e privados de saúde. A PL 498/07 foi aprovado pela Câmara e passou para o Congresso como PLC 153/09.

O Brasil é o oitavo país do mundo com maior número de mortes absolutas por suicídio, mais de 11,8 mil mortes somente no ano de 2012 (OMS, 2014). Proporcionalmente ao tamanho da população, quando adequado a taxa de 100.000 habitantes é inferior à média de suicídios mundial, porém, em apenas dez anos, o número de registros de suicídios aumentou no país em mais de 10%.

Estes dados mostram que o suicídio enquanto uma questão de saúde pública, precisa ser mais estudado através de metodologias que proporcionem mais subsídios para o entendimento desse fenômeno complexo que se tornou uma grande questão social e de saúde na contemporaneidade. Desta forma, existe a necessidade de se pesquisar os

² http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html

padrões espaciais, culturais, socioeconômicos e quais mais que possam influenciar no comportamento suicida nas diferentes regiões brasileiras. As análises sobre as relações sócios espaciais e sócios territoriais ainda são incipientes.

A análise espaço-tempo como afirma Bailey (2001) tem a contribuir com os estudos epidemiológicos e com a Saúde Coletiva, de forma geral, no mapeamento de doenças, estudos ecológicos, análises de *clusters*³ de doenças e a avaliação ambiental e o próprio monitoramento-controle de políticas públicas. O espaço e as pessoas são importantes dimensões de análise de fenômenos epidemiológicos e conjunto espaço-tempo-sociedade é também o objeto da geografia. A geografia estuda a relação entre sociedade e o espaço-tempo, ou seja, como, onde, e em que condições e por que causas se dá o processo de desenvolvimento humano e para isso, compreende esse processo como resultado da acumulação de forças históricas através do tempo (BARCELOS, 1996).

No Brasil, o uso do geoprocessamento nos estudos da saúde ainda é relativamente recente. No final da década de 1990 com maiores tecnologias e uso do mapeamento digital, facilitou-se o uso e as análises em que os dados são referenciados (ou georreferenciados, para uma análise espacial-temporal).

No contexto da geografia, nesta pesquisa especificamente no âmbito da geografia da saúde, percebe-se que o uso do Sistema de Informação Geográfica (SIG) nos estudos de saúde no Brasil é usado, entre outros, na análise da urbanização e do ambiente e a avaliação de sua correlação com a saúde das populações (PINA; SANTOS, 2000). Isso permite não só uma análise mais detalhada dos processos de doença-saúde, como também dos meios de prevenção, criação de índices, e análises locais que considerem as especificidades da região.

³ Agrupamento, livre tradução.

1.1 Objetivos

Neste contexto, o objetivo da presente pesquisa é analisar o padrão espacial da distribuição da mortalidade por suicídio no Distrito Federal no período de 2000-2015 e verificar se existe relação com variáveis sócio-econômico-culturais das diferentes Regiões Administrativas do Distrito Federal - DF por meio de técnicas de geoprocessamento e pelo uso de geotecnologias. Para responder o objetivo geral foram escolhidos como objetivos específicos:

- a) Caracterizar o suicídio no período de 2000-2015 no Distrito Federal por Região Administrativa, faixa etária, gênero, causa morte e ocupação/cargo;
- b) Identificar a densidade de suicídio nas Regiões Administrativas do Distrito Federal por meio de mapa de densidade de *Kernel*.
- c) Analisar geograficamente a dinâmica do suicídio e suas variáveis socioeconômicas e culturais do Distrito Federal no período de 2000-2015.

A hipótese que se sustenta no trabalho é a de que há relação entre os números de suicídio e sua distribuição local, no caso as Regiões Administrativas. Ou seja, as ocorrências do óbito por suicídio serão díspares em diferentes regiões por suas singularidades. E a pergunta condutora é em que medida esta relação pode ser compreendida a partir dos aspectos socioeconômicos e culturais do território?

1.2 Modelo Conceptual



1.3 Estrutura da dissertação

Esta dissertação está dividida em 05 capítulos. O primeiro capítulo aborda a metodologia da pesquisa; o segundo é o da fundamentação teórica, o estado da arte sobre o suicídio e os aspectos socioeconômicos e culturais, a geografia da saúde, as categorias analíticas da geografia como o espaço, território e lugar e também a contribuição do geoprocessamento na geografia da saúde. Esse é o capítulo da base teórica que sustenta a discussão do trabalho.

O terceiro capítulo é sobre a caracterização dos dados de mortalidade por suicídio no âmbito nacional e distrital e como funciona o Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), além da caracterização das demais variáveis socioeconômicas e culturais usadas no presente trabalho. São citados também os desafios do uso dos dados de mortalidade em suicídio. Este capítulo é a explicitação dos dados que serão usados ao longo do trabalho, bem como o porquê da relevância da escolha dos dados para um estudo analítico geográfico.

O quarto capítulo responde ao primeiro objetivo específico e se baseia na comparação das fontes de dados obtidos e utilizados nessa pesquisa e a caracterização do suicídio no período de 2000-2015 no Distrito Federal (DF) por Região Administrativa, faixa etária, gênero, causa morte e ocupação/cargo, caracterizando o perfil do suicídio no DF.

O quinto capítulo analisa a dinâmica do suicídio no Distrito Federal, suas principais características e relações no território. O sexto capítulo visa identificar um padrão espacial do suicídio através da densidade de suicídios nas Regiões Administrativas do Distrito Federal no período de 2000-2015 por meio de mapa de densidade de *Kernel* no local do óbito por suicídio.

Por fim, algumas considerações em relação ao desenvolvimento da pesquisa e das reflexões que a mesma possibilitou, bem como as relações do suicídio em seu espaço-tempo no DF.

CAPÍTULO 01

*“A primeira condição para modificar a realidade
consiste em conhecê-la”.*

Galeano, 1971

1.4 Abordagem metodológica

A presente pesquisa se baseia na compreensão que há uma relação entre o espaço geográfico e a distribuição de suicídios no território, no caso nas RA's. Assim é imperativo analisar quais fatores socioeconômicos - culturais e espaciais que estão ou não relacionados com o fenômeno do suicídio no DF. Pois a Geografia da Saúde carrega grande contribuição para estudos no âmbito da saúde tanto acadêmica, quanto na gestão de políticas com necessidade de criação de ações, programas e políticas públicas para seu melhor entendimento, prevenção e promoção de uma qualidade de vida melhor para todas e todos.

1.5 Metodologia Geral

1.5.1 A pesquisa exploratória

Em função dos objetivos propostos na pesquisa, foi utilizada a metodologia de pesquisa exploratória. A pesquisa exploratória é a familiarização de um assunto ainda pouco conhecido e estudado. A Pesquisa exploratória é definida como uma parte integrante da pesquisa principal: é o estudo preliminar, ou seja, tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como ela se apresenta, o seu sentido e a conjuntura no qual se inserem. “Pressupõe-se que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre” (PIOVESAN, TEMPORINI, 1995, p. 321), assim a pesquisa exploratória pretende se aproximar da temática.

O objetivo é que com maior conhecimento sobre o assunto possa se construir hipóteses sobre a temática. Ainda, por ser uma pesquisa específica, ela tende a ser um estudo de caso (GIL, 2008). Para tanto, foi realizada uma abordagem sobre aspectos

conceituais e metodológicos pautados em uma revisão crítica da literatura, para o embasamento do projeto.

1.5.2 Revisão da Literatura

A escolha do embasamento teórico da presente dissertação se baseou em uma revisão da literatura sobre o suicídio à luz das Ciências Sociais, pelos clássicos como o sociólogo Durkheim e o filósofo Marx e a forte contribuição dos estudos geográficos e suas categorias de análise como o espaço e suas categorias analíticas de Milton Santos, além da revisão da literatura sobre a epistemologia da Geografia da Saúde e a sua aproximação com a epidemiologia e sua evidente relevância aos estudos da saúde. Foram escolhidos preferencialmente livros e artigos como fonte.

1.5.3 Levantamento dos dados

A metodologia da pesquisa requer a estruturação e normalização dos dados. Para isso, foi realizada pesquisa documental dos dados obtidos através da Secretaria da Saúde (SESDF), da Polícia Civil (PCDF) e também análise de dados das pesquisas da Companhia de Planejamento do Distrito Federal CODEPLAN - Síntese de Informações Socioeconômicas, 2014 e as Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDADs) 2015/2016. As pesquisas contêm informações socioeconômicas e geográficas do Distrito Federal na escala de suas RA's.

1.6 O uso de Geotecnologias

1.6.1 Mapa de densidade de Kernel

A palavra *Kernel* em livre tradução significa “núcleo” em inglês. No contexto das Geotecnologias e desta pesquisa, esse termo faz alusão a um método estatístico de estimativa de densidades. Ou seja, nesse método cada uma das observações do evento⁴

⁴ O termo evento refere-se a qualquer tipo de fenômeno localizável no espaço que, dentro de nossa escala de investigação, possa estar associado a uma representação pontual. (Câmara e Carvalho, 2004)

analisado é ponderada pela distância em relação a um valor central, o núcleo. Assim, o *Mapa de Kernel* é uma escolha para a análise geográfica do comportamento de padrões espaciais.

A estimativa Kernel é uma técnica de interpolação exploratória que gera uma área de concentração. Essas áreas são onde o evento estudado tem uma maior ocorrência, o que demonstra uma aglomeração em uma distribuição espacial. O estimador de intensidade é muito útil para nos fornecer uma visão geral da distribuição de primeira ordem dos eventos. Trata-se de um indicador de fácil uso e interpretação (CÂMARA; CARVALHO, 2004). Importante ressaltar que o método estimador Kernel não é um modo de visualizar aglomerados por si, mas sim um método para explorar e demonstrar o padrão de pontos de dados em saúde, sendo útil no momento em que gera uma superfície contínua a partir de dados pontuais. (CROMLEY; MCLAFFERTY, 2002).

A visualização será de superfície contínua com as respectivas densidades calculadas nas localizações do espaço. Desta forma a visualização é dada onde os pontos formam o aglomerado, tornando assim o método menos arbitrário. Portanto o estimador de intensidade de Kernel é um método confiável para avaliar o comportamento dos padrões de pontos em um dado espaço, demonstrando uma visão geral da distribuição de primeira ordem de eventos (CARVALHO; CÂMARA, 2002).

1.6.2. A escolha dos dados utilizados na caracterização do estudo.

Os primeiros dados de óbito por suicídio analisados na presente pesquisa foram obtidos através da Gerência de Informação e Análise de Situação em Saúde (GIASS). O Sistema de Vigilância Epidemiológica do Distrito Federal é gerido pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), órgão vinculado a Subsecretaria de Vigilância em Saúde. A DIVEP é dividida em oito gerências, entre elas a GIASS. Dentro dessa gerência funcionam através do Núcleo de Suporte Técnico - NST o suporte para o funcionamento do SIM – Sistema de Informação em Mortalidade, o SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e o SINAN - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, integrados com o nível central, além de promover capacitações para profissionais que atuam na área de saúde.

Funciona também o Núcleo de Análise de Dados – NAND onde são analisados e divulgados dados e informações sobre os óbitos, nascimentos e notificações de doenças

compulsórias e seus agravos, mantidas a consistência e a qualidade das bases de dados do SIM, SINASC e SINAN e apoiando tecnicamente a investigação de óbitos, no âmbito do DF. Os dados recebidos foram referentes ao período de 2006-2014, com óbitos por RA's por ano, faixa etária e gênero, além da causa morte.

A posteriori, outra fonte de dados analisados na presente pesquisa foi obtida através da Polícia Civil do Distrito Federal PCDF- pelo Departamento de Gestão da Informação, Divisão de Apoio Técnico e Estratégico - DATE – Seção de Estatística Criminal – SEC. Nessa base de dados foi contemplado o período de 2000-2016 e para o presente estudo foram escolhidos os anos de 2000-2015. Os dados obtidos se dividem tanto em relação às RA's em que ocorreram os suicídios quanto idade, cor, meio (causa morte), local, ano de ocorrência e ocupação/cargo, além das quadras que ocorreram os fatos. A tentativa de suicídio é considerada pela polícia como uma crise, um atentado contra a vida, e dessa forma, tanto na tentativa de suicídio quanto na ocorrência de óbito, é feito um boletim de ocorrência. Esse boletim serve para a averiguação se de fato a morte foi cometida por um suicídio, bem como para a construção de ações afirmativas para diminuir o risco de morte por suicídios, além de servir de suporte para outras pesquisas. Os dados de ocorrência de suicídios no período foram georreferenciados de acordo com a quadra de onde ocorreu o fato, no DF.

Outra fonte de dados usado no presente trabalho foram as pesquisas da CODEPLAN que contém informações socioeconômicas e geográficas do Distrito Federal, tendo como objetivo proporcionar uma melhor compreensão das suas características sociais, econômicas e geográficas, de acordo com a realidade e dinâmica atual da cidade.

1.7 Caracterização da área de estudo

O Distrito Federal é uma Unidade da Federação – UF formada por 31 Regiões Administrativas que passaram e ainda passam por processos de formação sócios espaciais diferenciados, dados seus contextos de construção em diferentes épocas. Brasília foi construída dentro de um argumento desenvolvimentista, para ser a nova capital do país, carregando um símbolo de incentivo à urbanização, industrialização e integração nacional. Para Paviani, Brasília não foge à regra das demais cidades brasileiras, nas quais “as mudanças socioeconômicas e políticas não arranham o verniz das transformações necessárias a uma distribuição equitativa dos bens socialmente

construídos” (2010, p. 78).

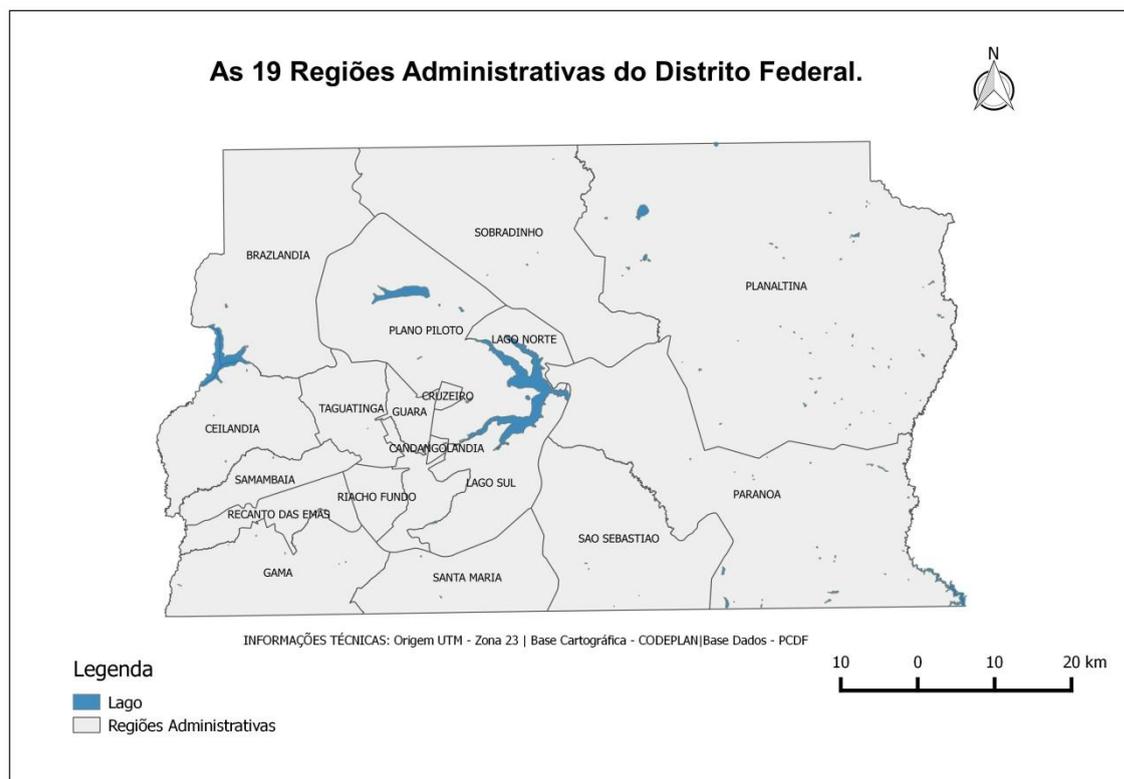
No início da ocupação de Brasília, devido a sua acelerada construção e consequentemente habitação crescente, as RA's não fizeram parte do planejamento urbano formalizado. Assim, as expansões urbanas que aconteceram no Distrito Federal tiveram um crescimento não acompanhado por políticas de habitação. Com o objetivo de abarcar o crescimento populacional, o governo do DF implantou sucessivas cidades satélites, as Regiões Administrativas, no início dos anos 1960, ao longo dos anos 1970, além de transferências de vilas (PAVIANI, 2005).

As leis sobre as RA's começaram no ano de 1964 com a Lei nº 4.545, de 10 de dezembro de 1964, que dispõe sobre a reestruturação administrativa do Distrito Federal, e dá outras providências. No decreto de 18 de fevereiro de 2001 foi proibida a utilização da expressão “satélite” para designar as cidades situadas no território do Distrito Federal nos documentos oficiais e outros documentos públicos no âmbito do GDF ⁵.

Com esse enredo, o Distrito Federal até hoje não conhece os seus limites de fato. As fronteiras das 31 RA's não foram definidas formalmente e as poligonais das atuais Regiões Administrativas nunca passaram por aprovação na Câmara Legislativa. Como no mapa abaixo, essas são as RA's oficiais do DF.

⁵ Informações disponíveis em: <http://www.sedhab.df.gov.br/dossie-regioes-administrativas.html>

MAPA 01- Mapa das 19 regiões administrativas do Distrito Federal.



FONTE: Elaboração própria.

Nesse sentido, o último respaldo formal das fronteiras das Regiões Administrativas data do ano de 2003, somente essas RA's são reconhecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Assim, há 12 cidades sem sua poligonal aprovada em lei. De acordo com a Lei Federal n.º 4.545/64, cabe às RA's promover a coordenação dos serviços em harmonia com o interesse público local⁶, assim as regiões tem uma maior independência.

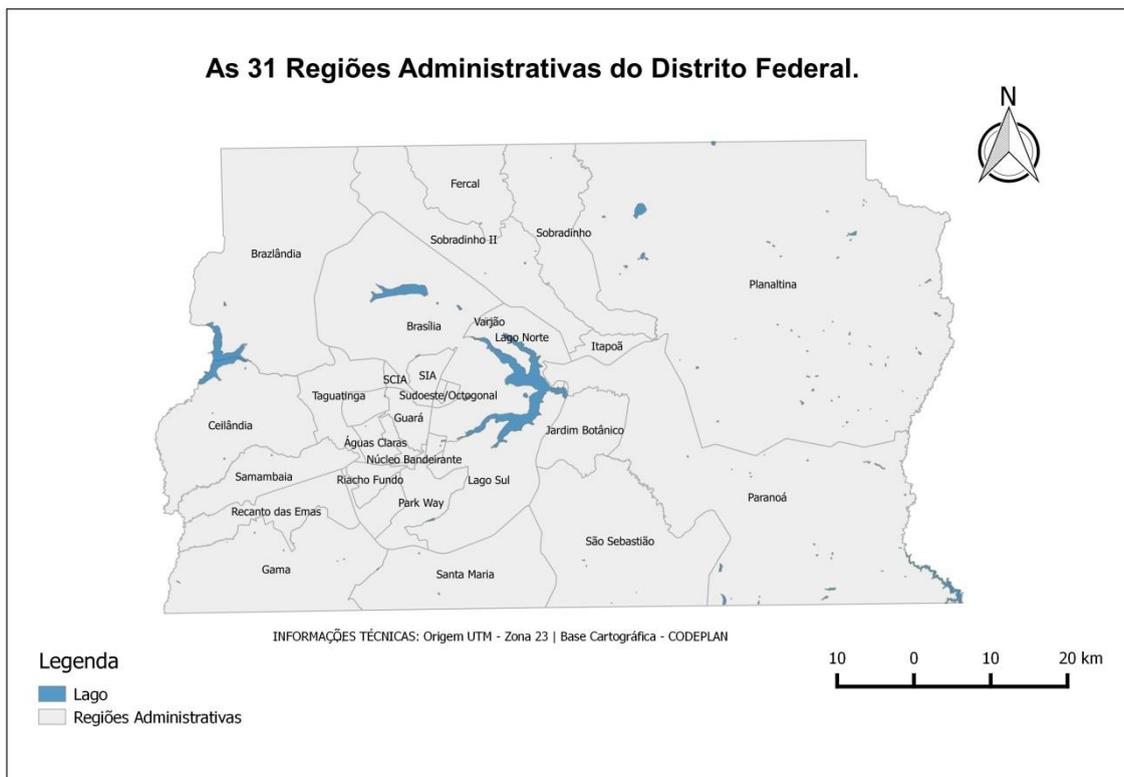
As 19 regiões administrativas oficiais são: Núcleo Bandeirante, Recanto das Emas, Brazlândia, Candangolândia, São Sebastião, Paranoá, Taguatinga, Sobradinho, Lago Sul, Cruzeiro, Samambaia, Guará, Planaltina, Santa Maria, Riacho Fundo, Lago Norte, Ceilândia, Plano Piloto e Gama. Posteriormente foram subdividas entre outras RA's: Águas Claras, Riacho Fundo II, Sudoeste/Octogonal, Varjão, Park Way, SCIA, Sobradinho II, Jardim Botânico, Itapoã, SIA, Vicente Pires e Fercal.

Para a finalidade da presente pesquisa, foi usado o *shape*⁷ da CODEPLAN, na qual são ilustradas as 31 RA's, como se vê no Mapa 02 abaixo;

⁶ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4545.htm

⁷ arquivo digital : ponto, linha ou polígono que contém uma coordenadas geográficas de qualquer que seja o elemento mapeado.

MAPA 02- Mapa das 31 regiões administrativas do Distrito Federal.



FONTE: Elaboração própria.

O Distrito Federal demonstra peculiaridades em relação a sua dinâmica de centro-periferia e as relações com o núcleo urbano. No simbólico é como se Brasília, no contexto do plano piloto, atuasse como o centro da capital, sendo o centro político. Porém Brasília é polinucleada, ou seja, cada Região Administrativa tem o seu núcleo de funcionamento, não sendo um único centro urbano que concentra todos os tipos de serviços, a maior densidade populacional, entre outros.

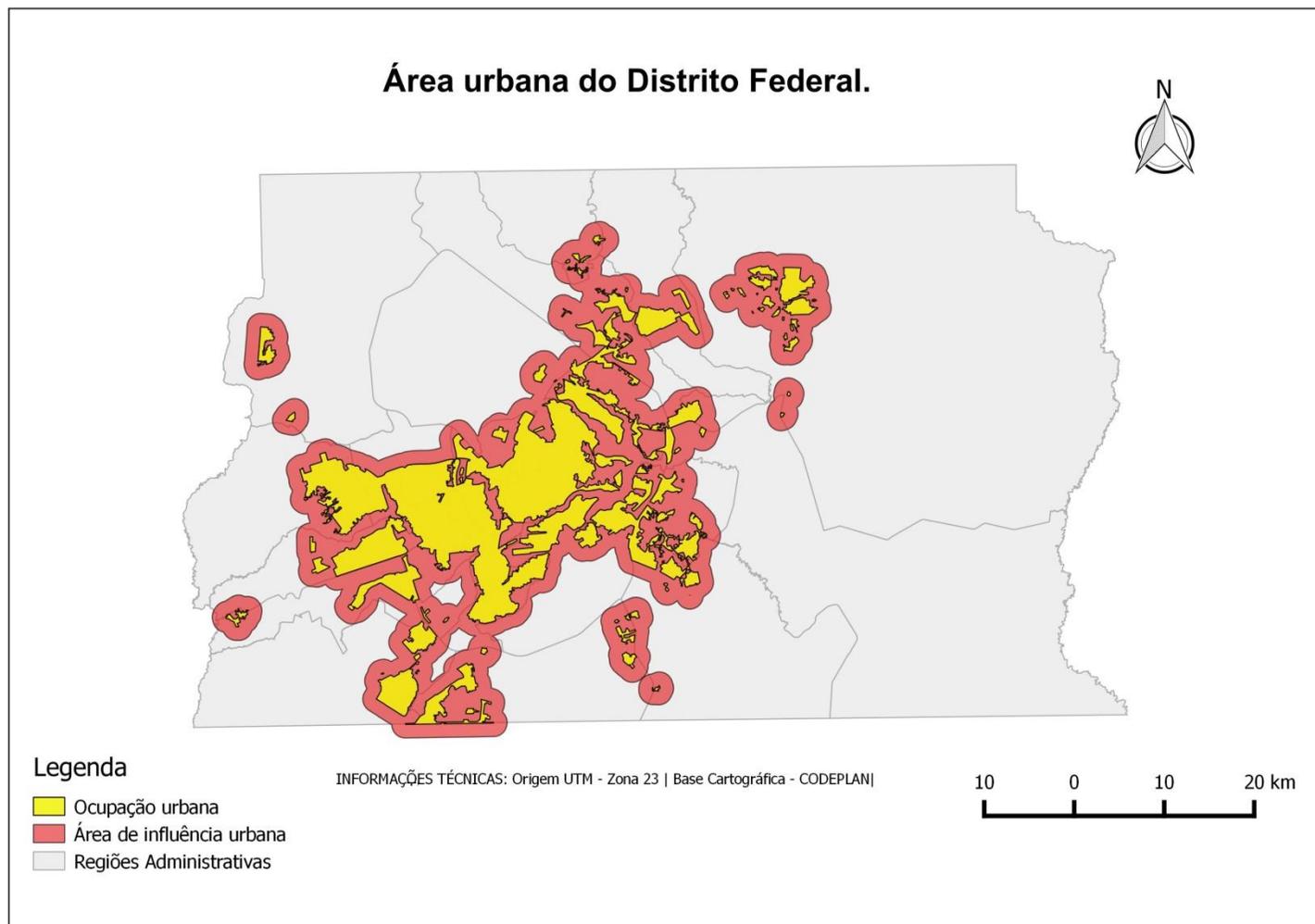
Assim, Brasília foi acompanhada de uma expansão urbana tanto populacional como funcional em seus serviços, e conseguinte permitiu a criação de novos assentamentos com pouca infraestrutura e sem capacidade de gerar novos empregos.

Esse cenário é marcado por um espaço de segregação social, o que segue o modelo da dinâmica de urbanização dos países categorizados como em desenvolvimento, o acelerado crescimento e a falta de ordenamento.

No mapa 03 abaixo a área urbana do Distrito Federal, pode-se ver os diferentes núcleos urbanizados. O dado da ocupação urbana é referente à urbanização do DF até o ano de 2013, a área urbana são os espaços onde existe uma ocupação contínua e

equipamentos de serviços disponíveis nessa área, o buffer são as áreas de influência urbana, até onde se tem o alcance urbano a partir da ocupação urbana,

MAPA 03- A Área urbana do Distrito Federal.



FONTE: IBGE|CODEPLAN. Elaboração própria.

A escolha da área de estudo se baseou no Distrito Federal, por considerar que o Sistema de Informação em Mortalidade – SIM – não tem detalhadamente os óbitos por suicídio de suas respectivas Regiões Administrativas abordando somente do Distrito Federal como um todo. Assim, por acreditar que a configuração sócio espacial do Distrito Federal se deu em diferentes espaços e tempos, temos também análises singulares do fenômeno suicídio, considerando as dinâmicas dos próprios territórios. A escolha também foi feita por a rede de saúde mental do DF ser recente e ainda incipiente. Ou seja, ainda está em formação a rede de saúde mental.

A Rede de Saúde mental do DF passou a existir de fato a partir da portaria número 3.088, de dezembro de 2011, que *“Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”* (Portaria n. 3.088, de dezembro de 2011).

Na leitura dessa portaria, essa rede atua nas áreas de atenção básica à saúde. Entende-se por atenção básica o “conjunto de ações de caráter individual e coletivo situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação” (PNAB, 2006, p. 10)

Assim, pretende-se analisar o fenômeno do suicídio na Região Administrativa de Brasília, compreendendo suas singularidades em relação ao seu desenvolvimento urbano. O próximo capítulo discute a relação da geografia e suicídio, bem como o aporte teórico da presente pesquisa.

CAPÍTULO 2

“Só há um problema filosófico verdadeiramente sério: o suicídio”.

Albert Camus, 1942.

2. Estado da Arte ~ Suicídio e Geografia.

2.1 O Suicídio

Desde a antiguidade até os dias atuais o ato de atentar contra a própria vida passa por um processo de constante transformação na sua acepção pela sociedade. A palavra suicídio data do século XVII na Inglaterra, na obra de *Religio Médici* do Inglês Sir Thomas Browne publicada em 1642. Na França, em 1734, foi usada pelo francês Desfontaines, para significar o assassinato ou a morte de si mesmo (LOUZÃ NETO, 2007).

Na Idade Média, época de grande influência religiosa, o indivíduo e a sua vida, incluso a decisão sobre mantê-la ou não, eram considerados domínio de Deus. O suicídio entre os povos antigos estava relacionado às regras do grupo, podendo ser impulsionado pela comunidade - como, por exemplo, os escravos após a morte do dono, e na Índia as viúvas após a morte do marido - ou sendo uma séria infração às regras sociais, uma disfunção da normalidade e havendo a quebra de normas e das tradições nessa sociedade, o ato era considerado como delito grave (KÓVACS, 1992).

Na Antiguidade o suicídio era percebido como um ato oculto, doente, solitário, louco e só seria tolerado com a aceitação da sociedade. Não havia o poder de decisão pessoal, pois o ato suicida era considerado uma afronta, uma forma de infração. Como castigo, as mãos dos suicidas eram enterradas separadas e sem direito a uma sepultura e ritos funerários (KÓVACS, 1992).

De acordo com Dutra (2002) ao longo da história das civilizações, o suicídio tem sido circundado de tabus. As definições teóricas, as suas causas, motivações se transformam ao longo do tempo, permanecendo sem uma resposta exata a respeito de tal fenômeno. Segundo afirma Cassorla (1985) o suicídio é, traduzindo-se em palavra: morte de si mesmo. De acordo com Botega (2000, p. 157): “O comportamento suicida é

todo ato pelo qual um indivíduo cause lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato”. Para Lopes Cardoso o suicídio pode ser significado como:

“(…) o «suicídio» pode alcançar-se pelas próprias mãos, com o auxílio de terceiros ou colocando-se à pessoa, voluntariamente, em condições de a morte ocorrer. O elemento essencial é a vontade de pôr termo à vida, sendo secundária a forma de o fazer: - por suas próprias mãos, com auxílio solicitado a outrem (...) ou pela criação ou sujeição a situações donde inevitavelmente ou com muita probabilidade decorrerá a morte (...)” (LOPES CARDOSO, 1986, p. 17).

O suicídio, apesar de ser um ato individual, pode acontecer em grupo por diversas causas como: religiosas, coletivas, à pessoas ligadas afetivamente – um pacto de suicídio. É um fenômeno que é visto de formas diferenciadas ao longo da história, por exemplo, na literatura na Grécia e no Império Romano tinham diferentes abordagens segundo alguns filósofos, e até os dias atuais não há consenso sobre a sua significação.

Nas religiões, poucas não repudiam totalmente o suicídio e o que a ele esteja relacionado. A Humanidade busca informações para explicar o suicídio, suas causas e suas variáveis. Ao longo da história, vários cientistas sociais, psicólogos, psiquiatras, sociólogos, antropólogos, historiadores, estudiosos da saúde coletiva, entre outros estudam esse complexo fenômeno.

É importante entender que o suicídio não é um fenômeno restrito a qualquer sociedade, demonstrando dados diversificados, por motivos e métodos também plurais em diferentes sociedades. Cada sociedade apresentará distintos dados sobre o suicídio, apesar de muitos fatores que os unam. O suicídio em sociedades indígenas, por exemplo, tem sido associado a dificuldade de adaptação dos indivíduos ou grupos às exigências da sociedade na qual entram em contato (ERTHAL, 1998). A caracterização do fenômeno suicida para as sociedades indígenas foca no que se denomina *grupo em risco*. Essa terminologia é usada para uma futura elaboração de programas de intervenção, e na epidemiologia clássica se tem uma maior “constituição de tipologias construídas apenas através de características factíveis de comparação e medição, não necessariamente refletindo a complexidade e a diversidade da ocorrência do evento” (ibidem, 1998, p. 310).

Émile Durkheim em seus estudos sobre o suicídio trata de um assunto considerado até então restrito a área da psicologia e do psicológico, como um fenômeno social. O autor tem sua tese de que o suicídio é um fato social, uma forma de coerção exterior e independente do indivíduo, estabelecida em toda a sociedade e pela própria, portanto, deve ser tratado como assunto sociológico. Ao longo de seu estudo sobre o suicídio, Durkheim defende sua tese: de que somente os números estatísticos sem análises sobre os fenômenos são insuficientes para explicar o suicídio, sendo apenas um perfil das pessoas, pois a morte de um suicida é na verdade a opinião de outrem sobre o fato, a causa aparente. O suicídio foi uma grande obra de Durkheim e um exemplo de aplicação do método sociológico do mesmo, sendo seu trabalho modelo de integração de teorias e dados e de trabalhos sociológicos científicos. Para o autor, suicídio é qualquer ato direto ou indireto de um indivíduo contra si, tendo como finalidade a própria morte. Os motivos e causas para tal ação são diversos, e quando um indivíduo escolhe por esse método para não mais viver, não é fácil descobrir o que exatamente o levou a isso.

Em “O Suicídio – Estudo Sociológico” de 1897, a tese do suicídio está na relação entre o indivíduo e a sociedade onde está inserido, a qual terá um resultado como (re)produção social. Quanto mais intensa for a integração do indivíduo nos grupos sociais, menor a probabilidade de suicídio. Para tanto, Durkheim (2000) distingue três tipos de suicídio, na relação Humano-Sociedade. O primeiro tipo de suicídio é o *Suicídio Altruísta* – diz respeito às sociedades que praticam um nível de integração do indivíduo em demasia, pelo que justifica o sacrifício pelo grupo ou por um bem maior. O segundo é o *Suicídio Anômico* – diz respeito às sociedades em que impera a anomia⁸, o que não permite que se assegure a satisfação das necessidades mais basilares do indivíduo, onde o suicídio se torna mais frequente. E o *Suicídio Egoísta* – é o efeito do afastamento do indivíduo em relação à sociedade, o que o torna mais vulnerável em relação ao suicídio por falta de redes de amparo. Caracteriza-se pelo aumento exponencial do individualismo.

Durkheim expressa que as causas para tal fato não tem a ver somente com o indivíduo, mas sim com uma série de fatores sociais. Estes repercutem no indivíduo, levando-o a tirar sua própria vida. Porém, o modo como esses fatores refletem depende muito do modelo de sociedade que se considera a estudar o fenômeno.

⁸ Conjunto de situações que resultam da carência/ausência de normas, regras sociais ou da sua degradação.

A estrutura social, o temperamento dos indivíduos e ações que desestruturam a normalidade na sociedade são fatores que influenciam de forma relevante nas taxas de suicídio de uma sociedade. Para o autor:

“As causas do suicídio não estão, portanto, nos indivíduos – e no que eles declaram no momento desesperado em que abraçam a morte. Os indivíduos sucumbem à tendência suicidogênea disseminada na sociedade enquanto um estado geral, isto é, como um fator exterior aos indivíduos e independentes deles”. (DURKHEIM, 1897, p. 177)

Assim, diferentes sociedades terão também diferentes índices de suicídios, mantendo os dados muitas vezes constantes, e uma alteração brusca quando há uma transformação muito relevante na organização do corpo social.

Ao analisar o suicídio a partir da metodologia do estudo de caso, o filósofo Karl Marx em *Sobre o Suicídio*, uma obra composta por notas traduzidas para o alemão das memórias⁹ de Jacques Peuchet (1758-1830) diretor dos Arquivos da Polícia francesa durante a Restauração (ASSUMPÇÃO RODRIGUES, 2009) nos apresenta comentários informais sobre temas que Peuchet relatou no capítulo “Du suicide et des ses causes”¹⁰ como a vida, a morte, a família, o aborto, a escravidão e o patriarcado em 1846. Entre os trabalhos do autor destaca-se também *Géographie Commercante*,¹¹ publicada em 1800 - uma estatística geral da França.

Nesse ensaio, Marx escreve a respeito do que levaria uma pessoa ao suicídio. O ponto de partida para suas reflexões é a relação entre o suicídio e o ethos¹² da sociedade. Para o autor:

“As doenças debilitantes, contra as quais a atual ciência é inócua e insuficiente, as falsas amizades, os amores traídos, os acessos de desânimo, os sofrimentos familiares, as rivalidades sufocantes, o desgosto de uma vida monótona, um entusiasmo frustrado e reprimido são seguramente razões de suicídio para pessoas de um meio social mais abastado, e até o próprio amor à vida, essa força enérgica que impulsiona a personalidade, é frequentemente capaz de levar uma pessoa a livrar-se de uma existência detestável.” (MARX, 2006, p. 24)

⁹ O nome da compilação: (Mémoires tirés des archives de la police de Paris, depuis Louis XIV jusqu'à nos jours, 1838), Memórias dos arquivos da polícia de Paris, de Luiz XIV aos dias atuais.

¹⁰ Do suicídio e suas causas, tradução da autora.

¹¹ Geografia do Comércio, tradução da autora.

¹² Os costumes e os traços comportamentais que distinguem um povo

Nesse estudo do século XIX, Marx e Peuchet já expressam em *Sobre o Suicídio* como o psicológico, as doenças da ideologia de uma época são manifestadas nos indivíduos levando a quadros de depressão, e muitas vezes ao suicídio. No livro são manifestados relatos de mulheres que viveram na França dos anos 1800 e decidiram por interromper suas vidas por questões sociais, Karl Marx alerta:

“Ouçamos nosso arquivista da Prefeitura de Polícia de Paris a respeito do *suicídio*! O número anual dos suicídios, aquele que entre nós é tido como uma média normal e periódica, deve ser considerado um sintoma da organização deficiente de nossa sociedade [...]” (ibdem, p. 23)

Nos estudos atuais sobre o suicídio, a depressão é considerada um fator de agravo e também um sério problema de Saúde Pública, despertando interesse de pesquisadores no campo das mais diferentes ciências (FEIJÓ, 1998). É importante se pensar na prevenção do comportamento suicida, além de se evitar mortes, também é um alerta sobre as consequências que o suicídio manifesta na sociedade. Assim, a prevenção mostra ao indivíduo possibilidades de enfrentar as dificuldades que levam ao comportamento suicida. Com a prevenção do comportamento suicida se espera manter aspectos como promover a qualidade de vida, além de criar estratégias de comunicação e sensibilização relacionada a este fenômeno (BOTEGA et. al, 2006).

Entende-se que há grande relação do suicídio e a depressão, pois o suicídio atualmente é considerado um sintoma ou um resultado da depressão e de demais sofrimentos psíquicos (VIEIRA, 2008). Muitas pessoas que tem transtornos psíquicos em geral demonstram ideação suicida, ainda que decidam não morrer no último momento (NIERENBERG et al., 2001).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é importante perceber os sinais que os indivíduos que estão com intenção de cometer suicídio mostram, tais como: cartas de despedida, doença física crônica, menção repetida de morte ou suicídio, desejo súbito de concluir os afazeres pessoais como organizar documentos e escrever um testamento, ansiedade ou pânico, mudança de personalidade. Vieira (2008) argumenta que não existe uma patologia ou algum acontecimento prévio que possa prever exatamente o suicídio, e sim existem padrões de comportamento, fases que indicam que algumas pessoas estão mais vulneráveis a cometer esse ato do que outras. Assim, a depressão é um fator de risco para o comportamento suicida. O transtorno depressivo é relacionado a

doenças susceptíveis ao suicídio e de acordo com a OMS (BRASIL, 2000) esta é responsável por cerca de 30% da ocorrência de suicídio no mundo.

O suicídio é um fenômeno complexo, ao qual estão relacionados diversos fatores. As questões sobre o suicídio, suas causas, fonte de dados, abordagens teóricas e metodológicas ultrapassam os limites de um único campo do conhecimento. Na atualidade é importante contextualizar o suicídio, levando em consideração a inclusão social deste ato na comunidade e na diversidade de culturas onde os valores são diferentes em várias localidades (KÓVACS, 1992).

2.2 O suicídio e seus fatores de riscos

Para Durkheim (2000), a sociedade exerce um papel fundamental na construção do indivíduo. A escola, família, grupos sociais, amigos e a sociedade em geral tem um papel muito relevante em um episódio suicida, tanto na sua consumação como na prevenção. Durkheim parte da ideia de que o indivíduo é produto da sociedade. Como cita Aron, “[...] o indivíduo nasce da sociedade, e não a sociedade nasce do indivíduo” (2003, p. 464). Logo, a sociedade tem a premissa formadora sobre o indivíduo.

No Brasil, as taxas de suicídio são baixas se comparadas a outros países. Os registros sobre a mortalidade demonstram o aumento da incidência de suicídio na faixa etária de adulto jovem, principalmente no sexo masculino, mesmo considerando as possíveis subnotificações existentes (BRASIL, 2008). Nos estudos sobre raça, como os epidemiológicos, consideram que o suicídio entre a população branca é quase duas vezes maior do que a não branca, sendo que em 1992 a taxa de suicídio chegou a 1,6 vez superior à população negra (KAPLAN, 1997; PINTO, 2012). Na religião, o índice é mais baixo na população católica do que entre os judeus e protestantes. No estado civil, o casamento, reforçado pelos filhos, diminui significativamente o risco de suicídio. A ocupação também é um fator relevante, pois o trabalho, em geral protege contra o suicídio. Alguns estudos mostram que a doença física está presente em 25% a 75% de todas as vítimas e, que é um fator que contribui em 11% a 51% dos suicídios. A doença mental possui taxas significativas, pois cerca de 90% dos pacientes que cometem suicídio possuem uma doença mental diagnosticada, são portadores de sofrimento psíquicos (KAPLAN, 1997).

Os sofrimentos psíquicos afetam cerca de 450 milhões de indivíduos que sofrem com perturbações mentais ou comportamentais e estão associados com mais de 90% dos casos de suicídio (OMS, 2001). Os serviços de atendimento em sua maioria estão situados em grandes hospitais psiquiátricos que não são acessíveis a todos, muitas vezes não terapêuticos e sempre isolados da sociedade em geral. Isso causa uma relação de distância da sociedade com a pessoa portadora de sofrimento psíquico, muitas vezes sendo vítima de preconceito, marginalizados.

No âmbito das políticas públicas os avanços ainda não são eficientes para preparar os servidores, acolher os portadores de sofrimento psíquico e dialogar com a própria sociedade sobre a complexidade da saúde mental e do fenômeno suicídio. O debate sobre a saúde mental mostra a estreita relação entre sofrimento psíquico e estrutura social vigente de valores econômicos, políticos, ideológicos, culturais, ou seja, como normas de valores sociais nos fazem sofrer a medida que não estamos inclusos totalmente nessa estrutura.

Como os indivíduos fazem parte de um corpo social, fatores como divórcio e alcoolismo estão relacionados com o suicídio; as variáveis socioeconômicas e culturais são então necessárias para auxílio no estudo sobre o suicídio. Ainda, Durkheim (2000) afirma que a educação e a religiosidade estão associadas a um nível mais elevado de suicídio por criar nos indivíduos laços maior de independência ao corpo social.

Os homens cometem suicídio três vezes mais que as mulheres, entretanto, as mulheres tentam suicídio quatro vezes mais que os homens. Esta taxa está relacionada com os métodos utilizados, pois os homens utilizam armas de fogo, enforcamento ou precipitações de locais altos e as mulheres tendem mais a tomar dosagens excessivas de medicamentos ou venenos (KAPLAN,1997)

Hawton (2000) ressalta a diferença entre os gêneros nos óbitos por suicídio, no qual o gênero feminino tende a cometer mais tentativas de suicídio que o gênero masculino. Já o suicídio propriamente é cometido 3 vezes mais pelo gênero masculino, mostrando maior vontade de morte e, por consequência, utilizando meios mais letais. Canetto & Sakinofsky (1998) apontam que a letalidade do método não estaria relacionada diretamente com a vontade de morte, mas sim com o papel do gênero nessa escolha e o que ele representa na sociedade. Pois o uso de medicamentos, por exemplo, no suicídio do gênero feminino seria mais bem aceito socialmente do que no gênero masculino. Assim como métodos considerados mais brutos estão relacionados ao gênero

masculino e a construção da masculinidade. Outro importante destaque para a análise, como atenta estudos em que se afirmam que minorias sexuais, como os LGBTTT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros) são grupos vulneráveis (HAAS et al., 2011), principalmente, no período da adolescência (GIBSON, 1989), é o debate no qual são superados o dualismo feminino/masculino e a orientação sexual¹³ assim como a identidade sexual¹⁴ se torna um fator de importância para levantamentos dessa natureza. Recentemente no Brasil, Teixeira Filho & Marretto (2008; 2012) pesquisaram sobre as práticas sexuais da população LGBTTT e apontam diferenças significativas, convergindo com demais estudos sobre suicídio e gênero, no qual o debate demonstra que grupos LGBTTT são grupos vulneráveis em relação ao suicídio.

Em estudos americanos (REMAFEDI, 1991) a taxa de óbitos por suicídios é extremamente elevada entre os adolescentes LGBTTT. Nos Estados Unidos, esses jovens representam um terço de todos os suicídios juvenis. Um em cada três tentou se suicidar pelo menos uma vez. Como aponta Castañeda (2007, p. 91), todas as crianças são criadas por seus pais a partir de um modelo heteronormativo que lhes faz crer que um dia irão se casar e formar uma família: “é o que lhes repetem incansavelmente seus pais, a escola, a cultura e a sociedade em geral”. Entender que suas vontades individuais não respondem ao padrão de aceitação da sociedade como um todo traz um momento doloroso e de ressignificação da vida e de suas escolhas.

Outros fatores que pesquisas relacionam como principais fatores de risco para condutas suicidas: consumo e/ou uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas; problemas familiares e/ ou parentais; transtornos mentais severos; enfermidades terminais; impulsividade; não possuir parentes e/ou vínculos sociais; rompimento de relações interpessoais significativas; problemas financeiros; histórico familiar de suicídio; abuso na infância, tentativas prévias e ideação suicida; isolamento social; perdas afetivas; histórico familiar de suicídio; transtornos mentais severos, principalmente os transtornos depressivos e doenças terminais; bem como variáveis demográficas e socioeconômicas (ALMEIDA et al., 2009).

Botega (2006) aponta alguns fatores de risco para o suicídio como: transtornos mentais, perdas recentes e de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, certas situações clínicas (como doenças crônicas incapacitantes, dolorosas, desfigurantes), e também o acesso fácil a meios letais. Já Baptista (2004) aponta os

¹³ Gênero pelo qual o indivíduo se sente atraído.

¹⁴ a forma como o indivíduo se percebe em relação ao gênero que possui.

seguintes fatores: isolamento social, transtorno de ansiedade ou pânico, álcool ou outras drogas, estresse, problemas econômicos que causem crises financeiras, migrações, dor física intolerável e também prolongada decepção amorosa.

Outro fator que sempre é citado é o suicídio por imitação, mas é inconclusiva a relação entre suicídio e imitação, ou seja, a tese de que a divulgação de um suicídio fará com que outros se suicidem. Em estudos brasileiros, outro importante fator a ser analisado é a incidência de suicídio no uso crônico de agrotóxicos – embora não exista consenso firmado a respeito (FARIA et al., 1999) – tem sido também associado a sintomas depressivos (PIRES et al., 2005).

Apesar do uso constante de agrotóxicos na agricultura brasileira, sabe-se que os mesmos são um dos mais relevantes fatores de riscos para a saúde humana, atingindo fortemente e massivamente os trabalhadores rurais, pois esses estão diretamente expostos aos agrotóxicos em seus trabalhos. Porém importante avaliar que os efeitos e riscos dos agrotóxicos sobre a saúde não dizem respeito apenas aos trabalhadores expostos, mas também a toda a população que vive nas proximidades ou ingere agrotóxicos através da água, ar e alimentos, entre outros.

Para Silva (2005), na análise dos riscos e danos à saúde da população exposta ao agrotóxicos levam em conta que os agricultores em geral desenvolvem as atividades de preparo e aplicação dos agrotóxicos numa situação em que estão presentes, ao mesmo tempo, misturas de agrotóxicos, esforço físico e temperaturas elevadas. Os agrotóxicos são absorvidos pelo corpo humano no organismo e esses poderão causar quadros de intoxicação aguda ou crônica, e sintomas como: náusea, vômito, cefaleia, tontura, desorientação, hiper excitabilidade, irritação de pele e mucosas, dificuldade respiratória, hemorragia, convulsões, coma e até a morte. Assim, é necessário utilizar metodologias de análise que possam estudar as ocorrências de suicídios por diversas formas.

A análise espacial da taxa de suicídio por região, torna mais precisa a análise dos fatores que orientam e condicionam a definição das políticas públicas na área da saúde. Portanto, com a identificação das áreas geográficas e de seus fenômenos, é possível identificar grupos da população que apresentam as maiores taxas de suicídio e necessitam de atenção na prevenção. De acordo com a OMS (2000) vários são os fatores de proteção para o suicídio como: o apoio e a confiança nos membros da família, buscar ajuda e conselhos, ter senso de valor pessoal, boa relação com amigos e colegas, valores

culturais, lazer e praticar esporte - esses fatores protetivos são realizados no território e nos laços da comunidade.

Para Vieira (2008), atualmente os fenômenos do suicídio e da depressão estão mais presentes nos espaços sociais, quebrando algumas barreiras como o gênero, faixa etária, classe econômica ou cultural. A depressão gera um sofrimento psíquico interferindo na qualidade de vida do indivíduo que é diminuída (VIEIRA, 2008). Conforme Coutinho (2005, p.73):

Identificar as representações sociais acerca da depressão e do suicídio é compreender as formas que as pessoas utilizam para criar, transformar e interpretar essas problemáticas vinculadas à sua realidade. Como também conhecer seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhadas, destacadas nas modalidades diferenciadas de comunicação, de acordo com o contexto cultural e a classe social a que pertencem, e as instituições às quais se está vinculado, prolongam-se para além das dimensões, intrapsíquicas e concretizando-se em fenômenos sociais palpáveis de serem identificados e mapeados. (COUTINHO, 2005, p.73)

Assim, enfatiza-se que o fenômeno do suicídio é muitas vezes multicausal, e que uma análise que possa identificar os diversos fatores correlacionados também carrega significados que ajudam a traçar necessárias políticas que contribuam com a prevenção do suicídio, e propicie maiores debates sobre a interdisciplinaridade das áreas para contemplar um assunto sobre uma perspectiva de saúde integral.

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, a integralidade está presente na elaboração e na práxis na área da saúde e está relacionada à condição integral, holística, totalizante e não segmentada de uma compreensão do ser humano. O SUS deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa¹⁵.

É desta forma que a discussão da saúde, saúde mental e do suicídio em particular, pode e deve ser inserida no debate da Geografia da Saúde (ARCHANJO, 2014). Pois como a contribuição que a Geografia da Saúde carrega nos estudos de saúde e da epidemiologia é relevante, assim como pontuam Costa e Teixeira (1999 p. 275) “*O espaço geográfico apresenta-se para a epidemiologia como uma perspectiva singular para melhor apreender os processos interativos que permeiam a ocorrência da saúde e da doença na coletividade*”, coloca-se no debate que a sociedade o espaço e o tempo

¹⁵ Mais sobre integralidade no SUS: <http://pensesus.fiocruz.br/integralidade>

estão relacionados a própria produção do espaço e da forma que vivem as sociedades nos seus processos de saúde-doença enquanto indivíduos e seres coletivos.

2.3 Geografia da Saúde

A Geografia da Saúde é uma área dos estudos em saúde que permite o desenvolvimento de diversos conhecimentos, técnicas, avaliação, dados para pesquisadores, técnicos e profissionais preocupados em apreender os processos de saúde - doença e de cuidado no espaço geográfico e nas suas categorias analíticas, assim como o espaço, território e o lugar (BORTOZZI; FARIA, 2009).

No século XIX John Snow criou a sistematização da metodologia epidemiológica que permaneceu com pequenas modificações até meados do século XX, e é considerado um dos primeiros trabalhos em SIG. No ano de 1854 no bairro de Soho em Londres, um surto de cólera estava intenso na cidade. Snow, médico e pesquisador, sistematizou dados sobre os casos de adoecimento no bairro, mapeando todas as mortes atingidas pela cólera e relacionando os casos com as pessoas que haviam bebido água da fonte de Broad Street, poço londrino. Era o começo do uso de dados espacializados. John Snow refutou que a cólera seria transmitida pelo mau cheiro - teoria do miasma¹⁶ - que poluiria a água, foi um defensor da teoria do contágio, bactericida que é usada até hoje. Snow descreveu o comportamento da cólera por dados de mortalidade, mapeando em uma sequência lógica, a frequência e distribuição local dos óbitos pelo tempo, além de usar dados oriundos de outra natureza, como os aspectos relativos ao gênero de vida das pessoas.

Nesse contexto de gênero de vida, dois trabalhos que datam de 1911, *Os gêneros de vida na geografia humana*, para o clássico Vidal de La Blache estabelece as bases para o conceito de gêneros de vida, que pode ser entendido como: uma articulação entre grupos sociais, meio ambiente e técnica criando diferentes paisagens regionais. Para La Blache, um Estado deve planejar a apropriação do espaço geográfico social considerando as características naturais e humanas de seu território. Para o autor:

O homem criou para si gêneros de vida. Com a ajuda de materiais e de elementos tomados da natureza ambiente, ele conseguiu, não dá um só golpe, mas por uma transmissão hereditária de procedimentos e invenções, constituir alguma coisa de metódico que assegura sua existência e que constrói um meio para seu uso, (LA BLACHE, 1913, pg 141).

¹⁶ O conjunto de odores fétidos provenientes de matéria orgânica em putrefacção nos solos e lençóis freáticos contaminados

A escola geográfica La Blachiana, também conhecida como escola *possibilista*¹⁷ foca sua tese além dos fenômenos que são inerentes às ações humanas e a relação com o meio (natural ou humanizado), dando atenção as particularidades e como elas se relacionam de forma geral em um contexto social.

Outro importante contribuidor dos estudos de geografia da saúde é Maximilliam Sorre, e o seu conceito complexo patogênico - mostra que as relações ecológicas estabelecidas em cada complexo seriam patogênicas porque a sua existência, de modo constante e visível no espaço permite a (re)produção de doenças e no agravamento da saúde humana. Em cada complexo patogênico, seria a ação dos homens que asseguraria a permanência ou o declínio das doenças (SORRE, 1933, 1955). Ou seja, a relação humano-sociedade-meio é importante não somente na análise da distribuição das doenças, como na sua prevenção, promoção e controle.

Partindo deste conceito dinâmico proposto por Max Sorre, tendo o espaço material como base concreta, outros autores da escola francesa como La Blache, Demangeon, Jean Brunhes e De Martonne já entendiam a importância do espaço na área da saúde e dos comportamentos humanos. A obra de Sorre permitia a instrumentalização para a apreensão do processo saúde-doença como um fenômeno localizável, e capaz de ser delimitado em seu espaço. Era necessário fixar o local onde se manifestavam as doenças e até onde elas tinham um alcance ou até onde poderiam alcançar.

Na literatura contemporânea, a geógrafa cubana Luisa Iñiguez Rojas defende que historicamente o espaço é produzido de maneira desigual (uma natureza modificada pelo trabalho do homem ao longo do tempo) para explicar as desigualdades e como este determina a distribuição e a ocorrência de doenças (ROJAS, 1998). Para a autora nas unidades espaciais geográficas onde acontecem os processos determinantes (os gêneros de vida) se expressam os problemas de saúde-doença e se desenvolvem as ações para melhoramento da saúde e do bem-estar (ROJAS, 1998). Para Rojas, o espaço é um conceito importante para apreensão da relação saúde-doença:

"(...) Assim todo espaço geográfico populacional, portará uma história ecológica, biológica, econômica, comportamental, cultural, em síntese social, que necessariamente tem que orientar o conhecimento do processo saúde-doença". (ROJAS, 1998, p. 707).

¹⁷ Escola criada por Paul Vidal de La Blache sobre a relação dialética homem- natureza, elaborado por Lucien Febvre para diferenciar a geografia francesa dos trabalhos influenciados pelo determinismo ambiental, da escola alemã.

Segundo esta abordagem, o espaço geográfico não é um espaço abstrato, sinônimo de superfície ou área da geometria, nem o espaço natural (BRASIL, 2006) - e sim um espaço que transforma e é transformado pela ação dos seres humanos através das suas (re)produções cotidianas.

No Brasil o médico Josué de Castro, reconhecido como pensador, ativista, cientista social, geógrafo, entre outros escreveu em *Geografia da Fome* sobre a necessidade de; “*localizar com precisão, delimitar e correlacionar os fenômenos naturais e culturais que ocorrem à superfície da terra*” (VASCONCELOS, 2008, p. 34,). Assim, o seu estudo aborda a relação da fome com seu espaço-tempo, usando as categorias da geografia como o espaço e a região do Brasil e as áreas mais vulneráveis, além de usar como base para sua pesquisa a teoria possibilista La Blachiana e a de Ritter, um dos responsáveis pela da Geografia Humana.

Ainda no tocante à produção brasileira, é importante entender que a Geografia da Saúde se consolidou juntamente com a geografia crítica - a então Geografia Médica – a Escola Nacional de Geografia Médica na década de 1970, recebeu importante contribuição de Milton Santos para a formação de uma nova abordagem, que priorizava analisar a interação entre o social e o meio ambiente, a partir da contribuição da Geografia Crítica, caracterizando assim o que passou a ser denominado de Geografia da Saúde (ROJAS, 2003). Foi através da abordagem marxista e da análise social do espaço que Santos contribuiu efetivamente para os trabalhos de Geografia da Saúde. Por abordar o espaço enquanto produto das relações sociais de produção, Santos trouxe uma abordagem que permitiu às análises espaciais das doenças (bem como sua etiologia) passassem a ser relacionadas não apenas aos fatores biológicos ou climáticos, mas com fatores socioeconômicos (JUNQUEIRA, 2009)

Em 2003, o epidemiologista argentino Juan Samaja escreve um artigo intitulado “*Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología ‘Miltoniana’)*” nesse artigo, o autor resalta os desafios encontrados por ele dentro da ciência epidemiológica, principalmente ligado aos campos teórico/epistemológico. Começa pelos pontos iguais entre as ciências (geografia e a epidemiologia): “em ambos os casos está em jogo o esforço por pensar de maneira histórica, concreta e dinâmica a existência humana total: é dizer, como subjetividade corporificada/espacializada em todos os níveis de suas ações e seus objetos” (SAMAJA, 2003, p.107). Para Samaja existe a necessidade de “*re-introduzir os objetos e os espaços no sujeito das ciências de saúde humana*” (ibidem). E

é com o movimento da Epidemiologia Social que o pensamento marxista tem destaque para auxiliar nos estudos em saúde. Para Sabroza, é nesse momento que;

“... a utilização de categorias como reprodução social, produção, consumo, e a elaboração de outras como padrão e perfil epidemiológico referidas às classes sociais possibilitaram de fato uma compreensão mais profunda da relação entre saúde e sociedade (SABROZA, 2004 p. 63).

Com o aprofundamento dessa ideia multiplicaram-se as propostas conceituais e metodológicas que procuravam novos caminhos, a partir da aproximação com outras áreas do conhecimento, como a sociologia, a geografia, a ecologia e a matemática (CZERESNIA, 2003).

A Epidemiologia tem como problemática apreender e analisar o processo saúde-doença nos indivíduos e em populações. A Geografia da Saúde procura identificar na organização espacial e nas relações sociais ações críveis com os processos de adoecimento e morte nas coletividades. As duas aceitam como premissa que os padrões de doença e problemas na esfera da saúde não se materializam aleatoriamente em populações humanas, mas sim em padrões ordenados que conjeturem em causas antecedentes.

A epidemiologia é o estudo da distribuição e dos determinantes das doenças nas populações, desta forma, a geografia da saúde se torna uma importante aliada nos estudos epidemiológicos e/ou de identificação/análise da relação dialética espaço e seres humanos. De acordo com Guimarães (2001), existem muitos epidemiologistas trabalhando com as categorias da geografia, mas poucos geógrafos trabalhando com epidemiologia apesar de se relacionar com o espaço social.

Para o filósofo da ciência Canguilhem; "A natureza (physis), tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença. Nesse caso, a doença não está em alguma parte no homem. Está em todo o homem e é toda dele" (CANGUILHEM, 2002, p. 20), assim quando levamos a compreensão de gêneros de vida do ser humano não nos referimos a primeira natureza, o meio natural bruto, mas um meio social e esses valores sociais são fundamentais na determinação geral dos padrões de saúde. Assim, nos estudos da saúde, as relações sociais são de extrema relevância, e são conceituadas como os determinantes sociais da saúde (DSS).

2.4 Os Determinantes Sociais da Saúde

Os indicadores de saúde precisam ser capazes de englobarem em seus diagnósticos as condições de riscos e agravos nas situações de saúde, as condições ambientais e sociais, as relações com a região, com os lugares, a relação população-território, o espaço-tempo. Pois nessas relações se desenvolvem o processo saúde-doença e é por eles que se desenvolvem meios para seu enfrentamento, controle, prevenção e promoção que se materializam no território. As diversas formas de vida em sua subjetividade, além das diferenças sociais, econômicas e culturais entre outras, têm importância em como a saúde é entendida em sua totalidade. Assim, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que são definidos como - os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam diretamente na ocorrência de problemas de saúde e nos fatores de risco nos indivíduos (BUSS;PELLEGRINI, 2007) – são de extrema relevância nos estudos da saúde.



FIGURA 01 – Determinantes sociais: modelo de Dalhgren e Whitehead.

Na figura acima, o modelo de Dalhgren e Whitehead mostra os DSS em camadas diferenciadas. O indivíduo está situado no meio do modelo, sua idade, sexo e fatores hereditários são englobados pela camada de estilo de vida, esta é a camada em que demonstra que os comportamentos individuais já são condicionados pelos DSS, pois o

gênero de vida engloba como a vivência é de acordo com o espaço e seus meios disponíveis.

A próxima camada é a da relevância das redes comunitárias e de apoio, essa é importante para a saúde do corpo social, onde os laços são estreitados, e é a relação do indivíduo com o outro. Na camada mais acima são as condições materiais, de vida, trabalho, acesso a determinados alimentos, a saúde, educação, habitação mostrando que as pessoas que carecem desses serviços em seus territórios estão em maior estado de vulnerabilidade social. Na última camada estão as condições macro, que englobam a sociedade em relação à economia e a cultura, ou seja, o modo de produção vigente que influenciam todas as outras camadas.

A análise de situações de saúde corresponde a uma vertente que prioriza a análise da saúde de populações que são definidas em função de suas condições de vida, que são também os enfrentamentos dos DSS. Assim, a análise quando local – no território – da saúde tem uma lógica espacial, porque no espaço é onde ocorre a materialização das diferenças socioeconômicas e culturais, seja na moradia, no cotidiano e no acesso ou não dos serviços.

Assim, as análises de fenômenos de saúde no espaço são importantes materiais para a criação de indicadores epidemiológicos, ambientais e sociais, assim como defende a análise crítica do desenvolvimento geográfico desigual de David Harvey:

[...] as diferenças geográficas são bem mais do que legados histórico-geográficos. Elas estão sendo perpetuamente reproduzidas, sustentadas, solapadas e reconfiguradas por meio de processos político-econômicos e socioecológicos que ocorrem no momento presente (HARVEY, 2004, p. 111).

Cada território portará sua história que é constantemente (re)produzida, demonstrando as suas singularidades, e também a sua relação com os indivíduos nas suas escalas do espaço.

Como a importante contribuição da geografia aos estudos da saúde, as categorias de análises geográficas também são relevantes. Para o presente trabalho foram escolhidos o espaço, o território e o lugar com a grande contribuição de Milton Santos e outros autores. A escolha se baseia na compreensão que o espaço e suas categorias

fazem parte do processo de saúde e doença, por tanto é por meio deles também que se configuram ações de resiliência e resistência na saúde.

2.5 As categorias de análises geográficas e a saúde

2.5.1 O espaço

Partindo da conceituação de espaço geográfico de Milton Santos (2002, p. 63); o espaço é *“formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá”*. Aonde o autor vê a primeira natureza como a que provê as coisas, as quais são transformadas em objetos pela ação do homem através da técnica. Para Santos; *“No princípio, tudo eram coisas, enquanto hoje tudo tende a ser objeto, já que as próprias coisas, dádivas da natureza, quando utilizadas pelos homens a partir de um conjunto de intenções sociais, passam, também, a ser objetos.”* (SANTOS, 2002 p.65). Em Santos, a técnica é *“a principal forma de relação entre o homem e a natureza”* e é definida como *“um conjunto de meios instrumentais e sociais, com os quais o homem realiza sua vida, produz e, ao mesmo tempo, cria espaço.”* (ibidem, p.29). Santos em *Metamorfose do espaço habitado* afirma que não se pode estudar o todo pelo todo. Fragmentar o todo para poder iniciar sua investigação é, portanto, uma tarefa imprescindível:

“precisamos descobrir as categorias apropriadas que nos capacitarão a apreender a marca da sociedade sobre a natureza e as relações existentes antes, durante e depois dessa metamorfose (...). Essas categorias são: estrutura, processo, função e forma, que definem o espaço em relação à sociedade”. (SANTOS, 1985 p. 71)

A forma é o aspecto visível de um objeto, seu arranjo material. Já a função seria uma atividade ou uma tarefa relacionada a uma forma (um objeto). A estrutura é a relação desse sistema de objetos, ou seja, a forma e função, representa assim a organização espacial. E, finalmente, o processo é definido como uma ação contínua, estrutural, implicando a necessidade do conceito de tempo (continuidade) e mudança (SANTOS, 1997). A forma é o visível, o material palpável que é também um conjunto de objetos, a função é a atividade desses objetos em si, a estrutura é definida por um

processo histórico aonde as funções e formas mudam de acordo com o mesmo. O processo é essa relação constante de mudança.

Em *Por uma geografia nova* (1978), o conceito de espaço é central e entendido como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações que estão acontecendo e mostram-se através de processos e funções. “*O espaço é um verdadeiro campo de forças cuja formação é desigual. Eis a razão pela qual a evolução espacial não se apresenta de igual forma em todos os lugares*” (SANTOS, p.122). Desta forma, o espaço se mostra de diferentes formas, pois;

(...) O espaço por suas características e por seu funcionamento, pelo que ele oferece a alguns e recusa a outros, pela seleção de localização feita entre as atividades e entre os homens, é o resultado de uma práxis coletiva que reproduz as relações sociais, (...) o espaço evolui pelo movimento da sociedade total. (SANTOS, 1978, p. 171).

O espaço e a saúde de Milton Santos se relacionam nos conceitos de totalidade, assumindo que a saúde perpassa a totalidade do ser que está inserido no espaço, desde a localização dos equipamentos de saúde enquanto prevenção e promoção, e pelo espaço também que se tem os processos de adoecimento e de acolhimento em suas redes comunitárias. Na palestra que foi convidado pela Fiocruz Santos fala sobre saúde e ambiente no processo de desenvolvimento:

A área da saúde é responsável por um belo momento da história da humanidade, belíssimo momento da história da ciência que buscou alicerçar as condições pelas quais a vida se tornaria não apenas mais longa, mas também mais digna de viver. Essa busca de possibilidades da medicina se baseou numa ciência em que houve um encontro entre preocupações morais e preocupações científicas. (Conferência magna proferida no I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, em 12 de julho de 2000)

O espaço como construção social, segundo Santos (1988) tem como elementos constitutivos: “os homens; o meio ecológico — base física do trabalho humano; as infraestruturas —, materialização do trabalho humano em formas; as “firmas” — responsáveis pela produção de bens, serviços, ideias e as instituições encarregadas de

produzir normas, ordens e legitimações” (SANTOS, 1988). Assim, a identificação e localização dos objetos, seus usos pela população e sua importância para os fluxos das pessoas são de grande relevância para o conhecimento do corpo social, os gêneros de vida e a determinação de vulnerabilidades de saúde, essas são originadas nas interações de grupos humanos em determinados espaços geográficos (MONKEN, 2003).

Nessas desigualdades socioespaciais gera-se a necessidade da apropriação de novas ferramentas teóricas, metodológicas e conceituais para uma compreensão dos fenômenos e seu dinamismo no espaço. Nos estudos que envolvem a saúde, é notório o grande uso de categorias de análise eminentemente da ciência geográfica como o espaço, território e lugar e sua relação com a organização espacial e os usos das categorias espaciais.

Para Barcellos (2002), o uso da categoria espaço na análise da situação de saúde e na análise de risco não se limita exclusivamente à mera localização de eventos de saúde. Suas características vão depender da diversidade de seus próprios conceitos e conteúdos, onde o espaço é, ao mesmo tempo, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais.

Os espaços são conjuntos de territórios e lugares onde fatos acontecem ao mesmo tempo, e seus resultados são experimentadas em sua totalidade de modos diferentes, por serem espaços diferenciados. Cada ato e cada fato são percebidos de acordo com organização socioespacial, cultural, político e econômica dos indivíduos que participam na produção desses espaços. Essa pluralidade de territórios e lugares modifica a percepção dos indivíduos sobre os riscos, vulnerabilidades e acessos distribuídos espacialmente.

Assim os conceitos de espaço-território-lugar vão muito além de representar um recorte apenas de revisão de literatura em saúde, e sim são o locus onde acontece a relação indivíduos e serviços e, portanto, todas as relações que permeiam o processo de saúde e doença. Esses indivíduos são os mesmo que compartilham e vivem em tempo e espaços próprios.

A análise do espaço geográfico presta-se não só para a compreensão do real, através de uma avaliação empírica e objetiva do material, como está necessariamente relacionada a uma apreensão subjetiva do espaço como meio percebido pelos indivíduos que nele vivem.

2.5.2 O território

Para Santos (2002), o retorno do território, como noção importante para a análise social, se dá como superação do conceito deixado pela modernidade que limitava o território como fundamento do Estado-nação, que o moldava fazendo que sua definição fosse muitas vezes associada somente aos limites físicos. Assim, Santos (2003, p. 96) enfatiza que:

(...) o território não é apenas resultados da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre as quais ele influi (SANTOS, 2003, p. 96).

No território as pessoas vivem, estudam, produzem, consomem, se relacionam e estão expostas às situações que afetam a saúde, em geral, que não são escolhas de indivíduos nem de famílias, mas situações de vulnerabilidade. Os territórios com condições de vida que dão maior espaço a situações de vulnerabilidade, em geral são desprovidos de saneamento com contaminação das águas, do ar, dos solos e/ou dos alimentos, por conflitos nos relacionamentos interpessoais, pela falta de recursos econômicos, culturais os DSS.

Assim, as condições de vida de grupos sociais nos territórios determinam suas necessidades, falta de serviços e dificuldades. Desta forma, a situação de saúde de um segmento da população em um dado território é definida pelas disponibilidades e necessidades em saúde, assim como pelas respostas sociais a esses problemas no próprio território.

Na obra *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*, realizada conjuntamente com Maria Laura Silveira, o geógrafo Milton Santos propõem a noção de “espaço territorial”, que significa a presença de um Estado, de um espaço e de uma nação (ou mais nações). Para os autores, o território é anterior ao espaço geográfico e, portanto, a base material, “*em si mesmo, não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico.*” (SANTOS; SILVEIRA, 2008, p.247). Neste contexto, a análise se daria a partir da categoria de *território usado*, sinônimo de espaço geográfico. De acordo com Santos e Silveira (2008), “*quando quisermos definir*

qualquer pedaço do território, devemos levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é o trabalho e a política.” (ibidem, p.247).

Santos propõem que o território usado “*é tanto o resultado do processo histórico quanto a base material e social das novas ações humanas. Tal ponto de vista permite uma consideração abrangente da totalidade das causas e dos efeitos do processo socioterritorial.*” (SANTOS, 1986, p.1-2) Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (MENDES, 1993; BARCELLOS, ROJAS, 2004).

Assim como no clássico La Blache “*A história de um povo é inseparável da área que ele habita*”¹⁸, ou seja, a construção desse espaço vai depender tanto dos aspectos físicos, quanto dos humanos. A territorialidade estaria assim intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, seu gênero de vida, como elas próprias se organizam no espaço e como é a sua percepção e o significado de lugar.

As discussões mais recentes sobre o território mostram que há sempre uma relação indissociável, simbólica e cultural dessa dimensão material. Pelo território temos laços de pertencimento ou não pertencimento. É pelo território que se cria uma identidade. Ele é político, cultural. É fronteira e afeto, é relacionado as pessoas e sua construção sob ele. Assim a abordagem de território fomenta as análises e possibilidades em saúde. Um entendimento contextual e comunitário do processo saúde –doença.

Assim, com o foco no que o espaço e suas categorias representam aos indivíduos, o território se torna uma importante categoria de análise para os estudos em saúde e especialmente na presente pesquisa. Como outra categoria de análise o lugar também é um importante aliado na investigação do processo saúde-doença;

2.5.3 O lugar

O lugar é uma categoria analítica da geografia, é também onde a vida acontece através do cotidiano e do convívio social. Considerar o lugar na sua totalidade social, conforme Carlos (2007) é tê-lo como o lócus da base material da reprodução da vida, é o mundo do vivido, onde se produz a existência social dos seres humanos. Logo, a

¹⁸ Original: Tableau de la Géographie de la France, Paris, La Table Ronde, 1994. Tradução de Rogério Haesbaert

singularidade dos lugares, é percebida no cotidiano social onde se percebe os lugares além de uma estrutura social posta, de acordo com Santos, “*Cada lugar é, à sua maneira, o mundo*” (2012 p.314). Em outros termos o lugar é único em seus aspectos, mas é concomitantemente o que possibilita a comunhão com o mundo, com o outro. Há uma maior globalidade corresponde uma maior individualidade (SANTOS, 2012).

A singularidade e particularidade dos lugares é também um resultado dos processos e subprocessos pelos quais está submetido. Assim o lugar é onde múltiplas práticas socioespaciais acontecem pelo cotidiano, e a base da vida, dos laços de solidariedade, abriga os indivíduos que ocupam o lugar, assim construídos socialmente, os sentidos e significações da organização do espaço são sempre oriundos da relação entre coisas espacialmente distribuídas, entre os objetos e suas funções, da relação entre esses objetos e as práticas que aí tem lugar, dos lugares com as coisas e aí sucessivamente (GOMES, 1997).

Partindo de uma perspectiva humanista na geografia, que é interessada nas subjetividades da relação e vida entre os indivíduos e entre esses e o meio, o problema está em definir o lugar como base fundamental para a existência humana, como experiência ou como no simbólico atuando de uma forma que centraliza significados que está em relação dialética com o espaço (HOLZER, 1999). Para Tuan (1983), um importante autor da fenomenologia, espaço e lugar são termos familiares e complementares: o que começa como espaço indiferenciado acaba assumindo a configuração de lugar, ao conhecermos e o dotarmos de valor. Para o teórico Frémont (1976) os lugares formam as inter-relações do espaço.

Os geógrafos humanistas defendem que o lugar permite analisar o espaço em torno das ações e experiências humanas — manifestadas em indivíduos, grupos, instituições— e que sua essência é onde são experimentadas as atividades significativas de nossa existência: o viver, o lar, o consumo, o trabalho, o lazer, a mobilidade, entre outros, porque “[...] *toda consciência não é meramente consciência de algo, mas de algo em seu lugar*” (RELPH *apud* HOLZER, 1999, p.72). Importante destacar que no lugar a ação e a percepção da existência se constitui em diversas escalas: a do lar e da escola, como inicial no processo de produção de significados; o local, endereço ou bairro, como o palco de troca de laços, a sociabilidade e os acessos aos equipamentos; as regiões em suas escalas; o Estado-nação com sua noção de território e poder e até mesmo o próprio planeta Terra. Destacando as noções de espaço, lugar, paisagem e

território, sob um olhar da geografia, Santos (1999) diz que seja qual for o momento da história, o mundo se define como um conjunto cheio de várias possibilidades, e cada lugar se diferencia por realizar apenas um pedaço daquela pluralidade de possibilidades existentes, esse pedaço está subordinado ao lugar e as condições que esse oferece.

Referindo-se à relação do local com o global, Santos observa que a ordem global busca atribuir uma racionalidade única e fixa, mas os lugares respondem segundo os modos de sua própria racionalidade com a relação de seus segmentos sociais. Enquanto a ordem global funda as escalas maiores, para Santos as superiores e externas, a ordem local funda a escala do cotidiano — em que prima a comunicação — e seus parâmetros são a vizinhança, a intimidade, as micros relações onde são construídos os laços de solidariedade. *“Cada lugar é, ao mesmo tempo, objeto de uma razão global e de uma razão local, convivendo dialeticamente”* (Ibidem, p.273).

A relação de proximidade interessa diretamente ao campo da saúde, não apenas como uma distância material entre coisas e indivíduos no espaço, mas como uma certa *“contiguidade física entre pessoas numa mesma extensão, num mesmo conjunto de pontos contínuos vivendo com a intensidade de suas inter-relações”* (SANTOS, 1996, p. 215). Assim, analisando a categoria, o lugar é onde se pode, sobretudo, concretizar as ações e as práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado dos usos do território, das ações e das formas geográficas que podem revelar contextos vulneráveis para a saúde e, com isso, contribuir para resoluções e decisões (MONKEN, 2003).

O lugar é uma categoria analítica da geografia que permite analisar a compreensão do ser humano sobre aquele determinado espaço vivido, seu conceito também se relaciona ao espaço afetivo, cujo o indivíduo possui uma familiaridade e/ou intimidade, como uma rua, uma praça, um parque ou a própria casa, o lugar carrega a afetividade e o pertencimento, ele é uma construção social.

A contribuição da geografia para os estudos de saúde não se resume somente nas suas categorias analíticas, é importante entender que o uso de SIGs são de grande valia no processo de análise do processo saúde-doença por permitir que as análises sejam feitas com dados de várias origens, propiciando uma análise mais complexa.

2.6 Geoprocessamento e Geografia da Saúde

O espaço, território e o lugar como categorias de análise nos processos de saúde-doença contribui para o entendimento do quadro de saúde atual e suas tendências a utilização de softwares ,pois patrocina maior aproximação dos profissionais da saúde, devido à familiaridade com os instrumentos, tornando a obra de fácil compreensão, execução e aceitabilidade (BRASIL, 2006).

A abordagem populacional das situações em saúde é uma consequência do conceito ampliado de saúde, pois assim, se entende que o processo de saúde-doença não é externo ao corpo social. A situação de saúde de uma população inclui os problemas e necessidades da população, e as respostas sociais organizadas. Para se fazer a vigilância em saúde¹⁹ é preciso entender como funcionam e se articulam num território as condições econômicas, sociais e culturais, como se dá a vida das populações, quais os atores sociais e a relação com seus espaços, seus lugares. As relações entre os indivíduos e os espaços onde vivem variam muito, entretanto a geografia busca analisar algumas características constantes no modo como as sociedades se organizam no espaço, revelando a ordem existente dentro da desordem dos espaços humanos, como o das cidades e metrópoles (ibidem, 2006).

O geoprocessamento pode ser definido como um conjunto de técnicas computacionais necessárias para manipular informações espacialmente georreferenciadas. Aplicado a questões de saúde coletiva permite o mapeamento de doenças, a avaliação de riscos, o planejamento de ações de saúde e a avaliação de redes de atenção relacionadas a uma determinada área. O termo Geoprocessamento pode ser entendido como conjunto de técnicas de coleta, tratamento, manipulação e apresentação de dados espaciais. Algumas das técnicas de geoprocessamento mais utilizadas são: o sensoriamento remoto, a cartografia digital, a estatística espacial e os SIG's. A análise de dados distribuídos pelo espaço geográfico vem sendo cada vez mais valorizada na gestão de saúde, por apontar novos subsídios para o planejamento e a avaliação das ações baseadas na análise da distribuição espacial das doenças, a localização dos serviços de saúde e dos riscos ambientais, entre outros (BARCELLOS; BASTOS, 1996).

¹⁹ é a observação contínua da distribuição de doenças assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la. (BRASIL, 2005)

A produção de mapas, a representação dos processos saúde-doença permite visualizar situações de risco à saúde no território que são resultados da própria lógica espacial, estando em consonância com o conceito de vigilância em saúde e seu território (SOUZA et al., 2005).

As análises realizadas com base em dados espaciais permitem ao pesquisador pensar não só quantitativamente os dados, e sim relacionar as informações de saúde com dados diversos, como; ambientais, socioeconômicos, culturais entre outros, com a finalidade de identificar e analisar áreas e populações sujeitas a condições de agravos a saúde.

O SIG vem sendo cada vez mais utilizado na área da saúde, uma vez que torna mais exata a análise da situação de saúde e das condições de vida da população e do ambiente, pois, possibilita trabalhar com informações de diferentes origens e naturezas. A renovação constante da tecnologia e o aumento do acesso aos computadores, além da maior disponibilidade de dados são fatores que estão impulsionando as pesquisas com SIGS cada vez mais em diversas áreas, permitindo uma maior relação entre a análise da estrutura social, espacial e os fenômenos.

Compreender a relação entre a estrutura social e as condições de saúde, é de suma importância para o diagnóstico e atuação do Estado através de políticas públicas e no atendimento das necessidades de reprodução social dos diferentes grupos sociais. Nessa perspectiva, as categorias da geografia, em destaque o território são uma alternativa metodológica para estabelecer uma aproximação entre condições de vida e atenção à saúde (MENDES, 1999; PAIM, 1997).

Considerando que o espaço é socialmente (re)produzido adotar essa categoria de análise e sua materialização em territórios aponta possibilidades de se evidenciar relações entre a saúde e a estrutura social, e para a estratificação da população, segundo condições de vida (PAIM, 1997). Assim, os SIGs podem ajudar no processo de regionalização, como ferramenta para a identificação de necessidades das populações e a distribuição espacial da estrutura dos serviços de saúde.

Portanto, as técnicas de geoprocessamento não avaliam plenamente as relações de forma-função e estrutura processo de Milton Santos, mas com o uso de SIG é possível uma caracterização da forma de organização do espaço e pode-se ainda avaliar qual a estrutura do espaço com os dados armazenados num banco de dados geográfico, . Entendo a complexidade do geoprocessamento é preciso dispor de métodos que

analisem a dinâmica dos processos espaciais, que não estão explícitos apenas em um banco de dados geográfico. Este equilíbrio entre forma e função, e entre estrutura e processo está na essência do uso adequado do geoprocessamento (CÂMARA, MEDEIROS, MONTEIRO, 2003).

É importante compreender que além do estudo das categorias analíticas, da fundamentação teórica e dos próprios dados sobre suicídio, as variáveis que se relacionam com esse fenômeno são de suma importância, pois mostram a complexidade do fenômeno e como ele não é isolado.

CAPÍTULO 3

A verdade é que não há verdade.

Pablo Neruda, 1966

3. Variáveis para a análise do estudo sobre o Suicídio e Geografia.

3.1 Os dados sobre suicídio

Para manter as informações sobre a situação em saúde no âmbito nacional e regional o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi desenvolvido e implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde – MS no ano de 1975. Esse sistema fez parte da criação e da construção de vigilância epidemiológica do Brasil (FUNASA, 2001).

O SIM é de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), a partir da criação do SIM foi concretizada a captação de dados sobre mortalidade, de forma nacional. Com base nesses dados é possível realizar análises de situação de quadro da saúde, como também o planejamento e avaliação das ações e programas na área. Os dados são padronizados por uma metodologia.

A metodologia utilizada passa pela Declaração de Óbito (DO)²⁰ que é padronizada e é disseminada, em três vias, para o território Nacional pelo Ministério da Saúde, na figura das secretarias de saúde dos estados. O documento deve ser preenchido pelo médico ou por duas pessoas qualificadas que tenham presenciado ou verificado a morte²¹. As DO's são coletadas pela Secretaria de Saúde do Município ou do Estado no Estabelecimento de Saúde e os dados são inseridos no sistema pelos servidores. As principais variáveis da D.O são: certificado de óbito: número e tipo de óbito (fetal /não fetal). O local de nascimento data de nascimento, idade, sexo, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação, distrito e município de residência. Causa primária da morte, causas

²⁰ Declaração de óbito em anexo 01.

²¹ Disponível em: <http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-mortalidade-sim.html>

secundárias e prováveis circunstâncias de morte não natural, todas codificadas segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10^a. revisão (CID).

A época em que ocorre a coleta é mensalmente para os municípios e os estados e o anual no nível federal. A divulgação nacional dos resultados é realizada anualmente. Uma importante ressalva é que a divulgação é nacional, com detalhamento no nível estadual e municipal. No Caso do Distrito Federal não há a publicização dos dados por Região Administrativa no sistema.

Nesta pesquisa, os dados são referentes ao CID-10, que em seu Capítulo XX, classifica como “causas externas de morbidade e mortalidade” as mortes por violência. Diferentemente das chamadas causas naturais, indicativas de deterioração do organismo ou da saúde devido a doenças e/ou ao envelhecimento, a CID-10 é a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10) data do ano de 1992 e tem o objetivo de padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde²². A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código CID 10.

Quando um óbito devido a causas externas é registrado, descreve-se tanto a natureza da lesão quanto as circunstâncias que a originaram. Para o uso deste presente trabalho, o código que representa *X60-X84* são as Lesões Autoprovocadas Intencionalmente- LAI, nela está incluso lesões ou envenenamento auto-infligidos intencionalmente, os suicídios. Abaixo os significados dos códigos²³.

X60.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiláceos, como: pirazolona, 4-animofenol e drogas anti-inflamatórias não esteroides salicicatos

X61.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte, Inclui: antidepressivos, barbitúricos, derivados da hidantoína, iminostilbenos, metaqualona e seus derivados: neurolépticos, psicoestimulantes, succimidas e oxazolidina-diona, tranquilizantes.

²² <http://www.cid10.com.br/>

²³ Anexo 02, disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/x60_x84.htm

X62.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte. Inclui: cannabis (derivados da), cocaína, codeína, heroína, lisérgida [LSD], maconha, mescalina, metadona, morfina, ópio (alcaloides).

X63.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo Inclui: parassimpaticolíticos [anticolinérgicos e antimuscarínicos] e espasmolíticos, parassimpaticomiméticos [colinérgicos], simpaticolíticos [antiadrenérgicos], simpaticomiméticos [adrenérgicos]

X64.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas. Inclui: anestésicos (gerais) (locais), antibióticos sistêmicos e outros medicamentos anti-infecciosos, gases terapêuticos, hormônios e seus substitutos sintéticos, medicamentos de ação sobre o aparelho: cardiovascular, gastrointestinal, medicamentos e drogas de ação sobre o metabolismo da água, dos sais minerais e do ácido úrico medicamentos sistêmicos e hematológicos preparações de uso tópico produtos que atuam sobre os músculos lisos e esqueléticos e sobre o aparelho respiratório vacinas

X65.- Autointoxicação voluntária por álcool. Inclui álcool: SOE·butílico [1-butanol]; etílico [etanol]; isopropílico [2-propanol]; metílico [metanol]; propílico [1-propanol]; fusel [óleo fusel];

X66.- Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores. Inclui: benzeno e seus homólogos, clorofluorcarbonos, petróleo (derivados) tetracloreto de carbono [tetraclorometano]

X67.- Autointoxicação intencional por outros gases e vapores. Inclui: dióxido de enxofre, gás (de): · escapamento de um veículo a motor, iluminação lacrimogêneo, monóxido de carbono, óxidos de nitrogênio, Exclui: emanções e vapores de metal.

X68.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas. Inclui: desinfetantes por fumigação (fumigantes), fungicidas, herbicidas, Inseticidas, produtos usados na proteção de florestas, raticidas. Exclui: adubos e fertilizantes

X69.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas. Inclui: adubos e fertilizantes, aromáticos corrosivos, ácidos e álcalis cáusticos, colas e adesivos metais, incluindo suas emanações e vapores, plantas e estâncias alimentares venenosas sabões e detergentes, tintas e corantes

X70.- Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação.

X71.- Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão.

X72.- Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão.

X73.- Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre.

X74.- Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada.

X75.- Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos.

X76.- Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas.

X77.- Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes.

X78.- Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante.

X79.- Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente.

X80.- Lesão autoprovocada intencionalmente por de um lugar elevado. Inclui: queda intencional de um nível a outro.

X81.- Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento.

X82.- Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor. Inclui: colisão intencional com: bonde (carro elétrico), trem (comboio), veículo a motor. Exclui: queda de aeronave.

X83.- Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados. Inclui: lesão autoprovocada intencionalmente por: eletrocussão, queda de aeronave, substâncias cáusticas, exceto intoxicação (envenenamento).

X84.- Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.

Além dessa divisão tem também os locais de ocorrência, que são os lugares em que são consumados o suicídio, abaixo o código para o local de ocorrência²⁴.

0. Residência: Apartamento, Casa (residência), Casa de cômodos, Casa da fazenda, Dependências residenciais, Caminho, Estrada, Garagem, residência particular, jardim, Pátio, Imóvel residencial (não institucional), Pensão familiar, Piscina em residência ou jardim particular, Reboque [“trailer”] residencial. Exclui: casa abandonada, instituição residencial ou habitação coletiva, residência em construção ainda não ocupada.

.1 Habitação coletiva: Acampamento militar, Asilo de idosos, Cadeia, Casa de repouso, Caserna, Hospício, Lar de criança, Lar de inválidos, Orfanato, Penitenciária, Prisão, Reformatório

.2 Escolas, outras instituições e áreas de administração pública: Edifícios (inclusive áreas adjacentes) utilizado pelo público em geral ou por um grupo particular de pessoas, tais como: associação de jovens, biblioteca, campus (universitário), cinema, clube, colégio, correio, creche, danceteria, discoteca, escola (estadual) (privada) (pública), hospital, igreja, instituição de ensino superior, jardim de infância, museu, palácio da justiça, sala de: concertos, exposições, reuniões, salão (de): danças, público, teatro, tribunal, universidade. Exclui: áreas para esportes e atletismo, edifício em construção, instituição residencial.

.3 Área para a prática de esportes e atletismo: Campo de: atletismo, beisebol, críquete, futebol, golfe, Escola de equitação, Estádio, Ginásio, Piscina pública, Pista de atletismo,

²⁴ Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/v01_y98.htm#Cap20Nota01

Quadra (campo) de: bola ao cesto, hóquei, “squash”, tênis, Ringue de patinação. Exclui: piscina ou quadra de tênis em residência ou jardim particular.

.4 Rua e estrada: Calçada, Passeio, Rodovia

.5 Áreas de comércio e de serviços: Aeroporto, Armazém, Banco, Boutique, Café, Cassino, Centro comercial (Shopping Center), Edifício de escritórios, Entrepasto, Estação (de): ferroviária, rádio ou televisão, rodoviária, Garagem (comercial), Hotel, Loja (comercial), Loja de departamentos, Mercado, Posto de serviços para veículos a motor, Restaurante, Supermercado. Exclui: garagem em residência

.6 Áreas industriais e em construção: Central elétrica (a carvão) (a óleo diesel) (nuclear), Dependências industriais, Dique (doca) seco(a), Edifício [qualquer]: em construção, industrial, Estaleiro, Jazida (areia) (carvão) (cascalho), Mina, Plataforma petrolífera e outras instalações marítimas, Túnel em construção, Usina de gás

.7 Fazenda: Benfeitorias, Edificações, da fazenda, Terra cultivada. Exclui: casa e dependências residenciais da fazenda

.8 Outros locais especificados: Açude ou lagoa, Área de acampamento, Área de estacionamento, Beira-mar, Bosque, Campo de treinamento militar, Canal, Colina, Casa abandonada, Córrego, Curso d'água, Deserto, Doca SOE, Floresta, Lago, Linha férrea, Local (de): caravanas SOE, público SOE, Mar, Montanha, Pântano, Parque (de diversões) (público) Ponto de estacionamento, Porto, Prados, Praia, Reservatório ou represa (de água), Rio, Zoológico

.9 Local não especificado

Assim, os códigos sempre são representados por três números, como, por exemplo, X800 que as duas primeiras causas vão representar o primeiro código - **X80.-** Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado. Inclui: queda intencional de um nível a outro e o último número o local de ocorrência. *0 Residência.*

Na presente pesquisa os dados foram agrupados pela autora de acordo com os códigos LAI e do local de ocorrência. Os dados obtidos se dividem tanto em relação as RA's em que ocorreram os suicídios, como idade, cor, meio (causa morte), local, ano de

ocorrência, ocupação/cargo. Foram agrupados em subcategorias de forma a não expor a pessoa quando o evento foi em um único local de ocorrência ou com características singulares²⁵. Os dados são divididos dessa forma, pois correspondem aos campos que existem na DO, supracitados e anexo 01 do presente trabalho. Importante entender que além da legalidade, “os dados de óbitos são utilizados para conhecer a situação de saúde da população e gerar ações visando a sua melhoria, e que as estatísticas de mortalidade são produzidas com base na DO emitida pelo médico” (BRASIL, 2009, p. 09).

3.2 Os dados geográficos

Para melhor analisar os dados de suicídio com dados socioeconômicos culturais e geográficos do Distrito Federal, foram utilizadas as pesquisas da CODEPLAN: *Síntese de Informações Socioeconômicas*²⁶, 2014 e *PDAD 2015/2016*²⁷ que são realizadas nas 31 Regiões Administrativas do Distrito Federal.

As informações contidas na publicação *Síntese de Informações Socioeconômicas, 2014* foram levantadas por meio de pesquisas secundárias, realizadas em publicações disponíveis na CODEPLAN, em órgãos públicos e em entidades privadas do Distrito Federal.

A Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD – 2015/2016 atualiza as informações sobre o perfil socioeconômico dos moradores das 31 Regiões Administrativas do Distrito Federal, para manter o padrão dos dados, e assim permitir que possam ser comparados foi adotada na atual pesquisa a mesma metodologia das pesquisas Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD, realizadas em 2004, 2011 e 2013, utilizando-se do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE) do IBGE, essa base de endereços que tem o setor censitário como - a menor unidade e subdivisão do espaço do DF – atua na ajuda da superação de problemas relacionados à definição das poligonais das Regiões Administrativas.

Segundo a pesquisa PDAD, a opção por esse banco de dados foi feita, pois permite o uso de ferramentas do geoprocessamento no controle de pesquisas amostrais

²⁵ No anexo 02 a explicação da dispensa do comitê de ética para a presente pesquisa

²⁶ Disponível em:

http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/df_em_sintese/Sintese_de_Informacoes_Socioeconomicas_2014.pdf

²⁷ Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/component/content/article/261-pesquisas-socioeconomicas/319-pdad-2015.html>

domiciliares, além da confiabilidade indiscutível do cadastro-CNEFE-IBGE. Assim, a PDAD 2015/2016 aborda aspectos relativos às Características da Unidade Domiciliar, Infraestrutura, Engajamento Social, Características da População Urbana e de Migração, Características de Educação, Trabalho e Rendimento dos Moradores, Posse de Bens, Equipamentos e Serviços, entre outros²⁸.

A pesquisa PDAD é desenvolvida em quatro etapas. Sendo a primeira fase o planejamento, ou seja, onde foram delimitadas as áreas de estudo, assim como os formulários e manuais. A segunda etapa é a de aplicação dos questionários, depois os dados coletados são digitalizados, analisados, assim fomentando o banco de dados. A quarta e última etapa é dedicada à redação e revisão do texto do relatório final (CODEPLAN, 2015).

Esses dados foram escolhidos a fim de poder relacionar algumas características dos indivíduos em seus gêneros de vida e como pontua Barata:

A posição social dos indivíduos e grupos sociais, medidas por indicadores de classe social, variáveis isoladas como escolaridade e classes ocupacionais, ou a partir das condições de vida em determinados espaços geográficos, é um poderoso determinante do estado de saúde das populações atuando sobre o perfil de morbidade e mortalidade e também sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde (BARATA,2009, pg 39)

Essas características permitem uma análise que abarque a situação do espaço social e também permite identificar os DSS, a qual grau os indivíduos estão inseridos e se relacionam com essas variáveis socioeconômicas culturais geográficas nas suas respectivas RA's.

3.3 Desafios da pesquisa

Como citado anteriormente, por se tratar de um tabu, um fenômeno complexo como o suicídio tem também um problema de subnotificação, os dados de óbito referente ao suicídio precisam de correção da subenumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste²⁹ no âmbito nacional.

²⁸ Disponível em: <http://agenciabrasilia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2016/10/pdad>

²⁹ Capítulo C, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/CapituloC.pdf>

É importante destacar também as imprecisões na declaração da intencionalidade da ocorrência (homicídio, suicídio ou acidente) condicionam o aumento da proporção de causas externas de intenção não determinada, comprometendo a qualidade do indicador. Isto ocorre sempre que é registrada apenas a natureza da lesão observada (capítulo XIX da CID-10 e capítulo XVII da CID-9), dificultando a codificação segundo a causa externa (capítulo XX da CID-10 e classificação suplementar de causas externas da CID-9).

Outra limitação dos dados é a possibilidade de “silêncio epidemiológico”, comum em áreas com poucos estabelecimentos e profissionais da saúde, geralmente associado às regiões com baixa densidade demográfica e predominantemente rurais. Nos anos de 2005 a 2009, enquanto se registrou 44.759 suicídios no Brasil, foram registrados 57.092 óbitos no grupo de causa “eventos cuja intenção é indeterminada” (Y10 a 25 Y34) e mais 436 como sequelas – Y87 (BRASIL, 2013).

Com os transtornos mentais, além da negligência de informações sobre mortes, parte expressiva dos óbitos tem a causa básica classificada como “mal definida” (MELLO, 2002), ao analisar os registros de óbitos com “causa mal definida”, após realizar entrevistas em domicílios, hospitais e no Instituto de Medicina Legal de três estados, identificou que parte significativa poderia ser reclassificada como transtornos mentais (BRASIL, 2008). É importante entender que coeficiente regional e nacional de mortalidade por suicídio omite relevantes mudanças regionais, pois o país tem grandes diferenças entre suas regiões, devido a fatores socioeconômicos, ambientais, culturais entre outros. Além de sub-registro e de subnotificação, há o problema dos suicídios que “se escondem” sob outras denominações de causa de morte, como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e “morte de causa indeterminada” (GOTSSENS et al., 2011).

Os dados socioeconômicos culturais também fazem parte do desafio da pesquisa, pois é importante compreender que as relações são plurais e diversificadas, não sendo representadas fidedignamente pelos dados, mas que esses são importantes ferramentas para a construção de indicadores, e de análises que fomentem ações e políticas públicas para a melhora dos quadros de agravos na saúde e no presente trabalho, para a melhora do entendimento do fenômeno o suicídio.

Outro desafio encontrado nessa pesquisa se relaciona as RA's e sua materialização geográfica e abrangência, que perpassa limites fixos territoriais, ou seja,

mesmo a análise destacando as diferenças intra-regionais, é necessário se atentar para o fato de que as vivências pelo cotidiano, assim como os serviços e as diferentes interpretações sobre os limites fixos e cotidianos das RA's – o grau de abrangência - não é só no limite fixo territorial. Assim, com a escolha do uso dos dados, o próximo capítulo estuda a relação destes no Distrito Federal, buscando caracterizar e analisar o fenômeno do suicídio, e quais suas possíveis relações com as RA's.

CAPÍTULO 4

“O fundamento do tempo é a memória.”

Gilles Deleuze, 1968

4. O suicídio e o Distrito Federal

No tocante a seus serviços de saúde, o DF conta atualmente com dois hospitais psiquiátricos com 140 leitos no total, com serviço ambulatorial para atendimento de comorbidade, são os hospitais: Hospital São Vicente de Paula – HSVP em Taguatinga e a Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base na Asa Sul. Os CAPS se dividem em dois Centros de Atenção Psicossociais do Tipo Álcool e Drogas, três Centros de Atenção Psicossociais do tipo II (para transtorno mental tipo atendimento dia sem internação) e dois Centros de Atenção Psicossociais tipo I (específico ao acompanhamento infantil e de adolescente)³⁰.

No Distrito Federal, o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) é historicamente importante no contexto da saúde mental, atua como um hospital referência e especializado no atendimento psiquiátrico. Ademais, em consonância com a reforma psiquiátrica o atendimento do usuário foi alterado, com inclusão de serviços tais como; o atendimento de pacientes em uso de medicação contínua, alcoolistas, grupo operativo, hospital-dia, oficinas de capacitação, equipes comunitárias, enfermaria de crise, acolhimento, além do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (LIMA, 2004).

O Hospital São Vicente de Paulo – HSVP foi inaugurado em 1976 e até hoje é apontado como modelo local (e nacional) de Hospital para atendimento em Saúde Mental, assim como modelo manicomial em consonância com a Reforma Psiquiátrica, sendo o único local de internação público de Brasília. O estabelecimento, no entanto, ainda sofre com a alta demanda por abranger usuários tanto do Distrito Federal quanto do entorno da cidade. Existe também um Núcleo de Ação Integrada com orientação a usuários de álcool e outras drogas/SES, o Instituto de Saúde mental - ISM, onde funciona um CAPS I.

Essa rede promove uma articulação com os demais serviços substitutivos como os CAPS- Centros de Atenção Psicossocial, as unidades de acolhimento, as residências terapêuticas, os centros de convivência e outros serviços, a fim de se elaborar estratégias de desintitucionalização, participação coletiva e reabilitação psicossocial.

³⁰Informações extraídas do site da secretaria da saúde – SES. Disponível em: www.saude.df.gov.br.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) começou em São Paulo a quase trinta anos atrás, no ano de 1987. De caráter público, o centro tornou-se um modelo institucional para os demais CAPS brasileiros. (GOLDBERG, 1996). Como um dos frutos da Reforma Psiquiátrica³¹, os CAPS;

“ [...] são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares.”

(BRASIL, p. 09 2004)

Os CAPS são serviços da rede pública de saúde que visam, à substituição dos hospitais psiquiátricos. Foram instituídos por meio da Portaria/SNAS N° 224 - 29 de Janeiro de 1992³² (BRASIL, 2001).

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS são instituições que atuam no acolhimento de pessoas com sofrimento psíquico grave e crônico. O acolhimento nesse serviço é a ação que tem como meta estimular a integração social e familiar, das pessoas portadoras de sofrimento psíquico apoiando-os em suas vidas, relações e na busca da sua autonomia para com sua própria vida.

A procura da relação dos usuários (assim chamados os portadores de sofrimento psíquico) com um espaço social e cultural em seu território tem como um objetivo fundamental ajudar o usuário a readquirir os espaços socialmente abertos à produção de novos contextos e conhecimentos, outras formas de vivenciar a realidade, mudando assim as relações tutelares pelas relações socialmente construídas com o usuário, especialmente em aspectos relativos à moradia, ao trabalho, à família e à criatividade. (BRASIL, 2004).

A atual política prevê a implantação de diferentes tipos de CAPS, são eles:

- **CAPS I** – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população de

³¹ Processo e movimento social que busca melhorias, respeito, dignidade nos direitos e na cidadania aos portadores de sofrimento psíquico nas suas singularidades e subjetividades.

³² Disponível em:

http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm

20 mil até 70 mil habitantes. Oferece atendimento diário de 2ª a 6ª feira em pelo menos um período/dia.

- **CAPS II** – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população de 70 mil a 200 mil habitantes. Oferece atendimento diário de 2ª a 6ª feira em dois períodos/dia.

- **CAPS III** – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população acima de 200 mil habitantes. Oferece atendimento em período integral/24h.

- **CAPS ad** – Serviço especializado para usuários de álcool e outras drogas em municípios de 70 mil a 200 mil habitantes.

- **CAPS ad III** – Serviço especializado para usuários de álcool e outras drogas em municípios com população acima de 200 mil.

- **CAPS i** - Serviço especializado para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos)³³

De acordo com a DISAM - Diretoria de Saúde Mental, no DF funcionam 20 serviços de Saúde Mental; o CAPS Taguatinga; CAPS Paranoá; ISM – Instituto de Saúde Mental no Riacho Fundo; CAPS Planaltina; CAPS Samambaia; CAPS ad Sobradinho; CAPS ad Santa Maria; CAPS III Samambaia; CAPS ad III Samambaia; CAPS ad Guará; CAPS ad Ceilândia; CAPS ad Itapoã; CAPS ad III Rodoviária; Adolescento; COMPP; CAPS ad i III Taguatinga; CAPS ad i III Brasília; CAPSi/COMPP; Hospital de Base do Distrito Federal; e o Hospital São Vicente de Paulo.

Nos anos 60 no DF, no contexto dos serviços de saúde mental, ainda nos primeiros anos da fundação da cidade, após a construção do Hospital de Base (setembro de 1960), foi incorporado a este uma Unidade Psiquiátrica do Hospital, sendo uma das primeiras no país (MACHADO, 2006). Existiam também clínicas privadas de psiquiatria que se localizavam distantes do centro da cidade para onde eram redirecionados os pacientes crônicos.

Havia outros lugares de acompanhamento para a saúde mental, porém, após denúncias, vários fecharam. Assim, todo o processo de redirecionamento dos pacientes corresponde “[...] a uma concepção higienista, de uma Brasília asséptica, onde não existiam loucos e nem lugar para eles” (COSTA, 2000 p. 01). Novas formações de Regiões Administrativas ocorrem até os tempos atuais, porém de forma menos

³³ Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

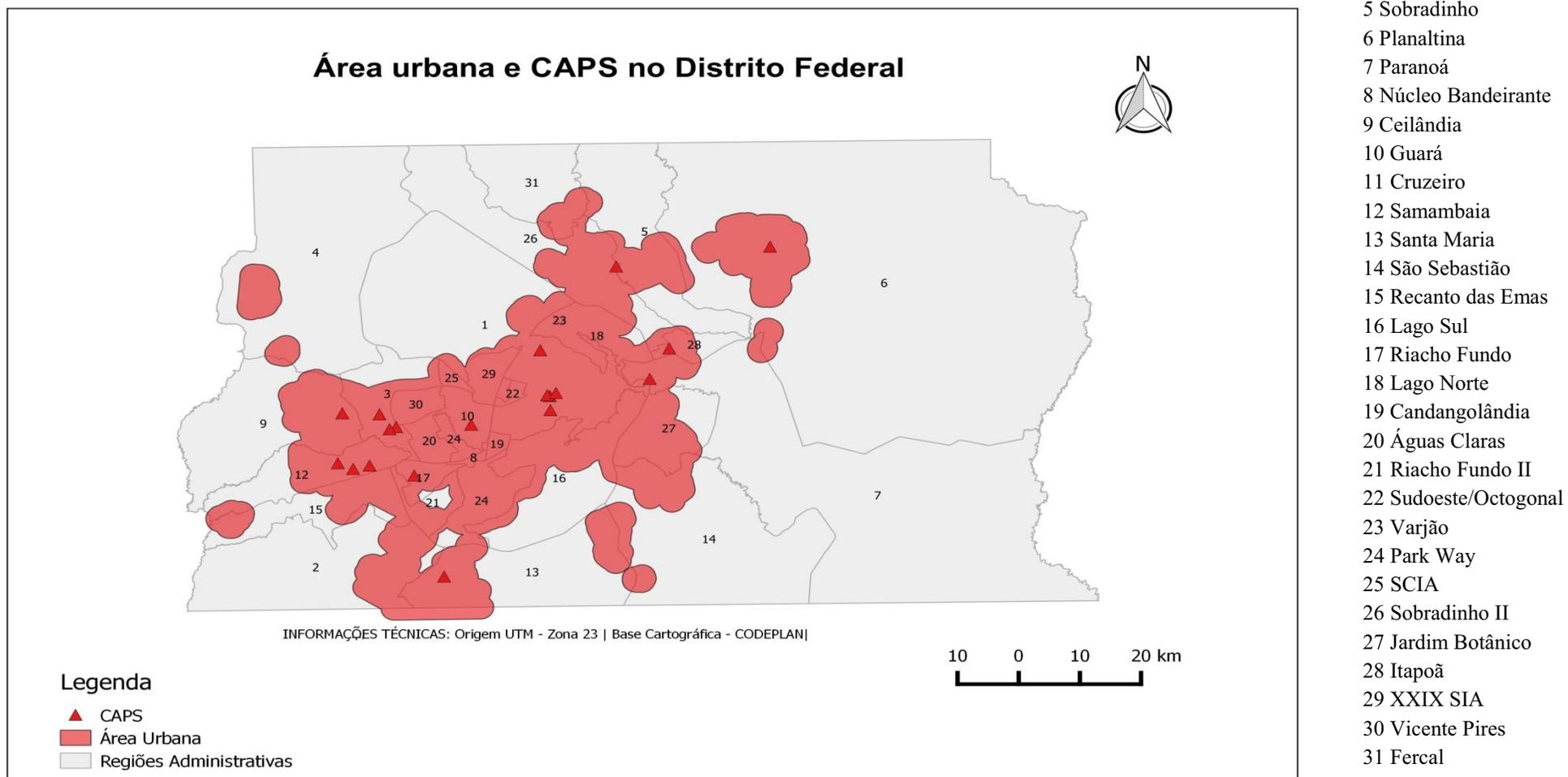
acelerada. Assim, é importante entender que essas regiões possuem diferentes histórias e disponibilização de seus serviços.

Além da sua embrionária rede de saúde mental, que não cobre todas as RA's o Distrito Federal, no período de 1990-2011, pelos dados disponíveis segundo o SIM³⁴, apresentou 2.130 óbitos por suicídio, o que demonstra que é importante analisar alternativas que possam ajudar a diminuir os números de ocorrências de óbitos por suicídio. No ano de 2010 foi criado o *Núcleo de Prevenção ao Suicídio*, considerada uma proposta pioneira em relação à saúde mental. Porém, nesse ano de 2016, ao entrar em contato com a DISAM, para saber o seu funcionamento, as diretrizes e ações, a notícia é a de que o Núcleo de Prevenção ao Suicídio não existe mais.

No mapa 04 abaixo, refere-se aos CAPS e a área urbanizada no Distrito Federal. A área urbana corresponde ao *buffer* da ocupação urbana no território, ou seja, são áreas de influência da ocupação urbana, as áreas urbanizadas, o *shape* da ocupação urbana data até o ano de 2013.

³⁴ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/c09.def>

MAPA 04- Os Caps no Distrito Federal.



FONTE :IBGE|CODEPLAN| Elaboração própria.

No mapa 04 acima, percebe-se que os CAPS estão situados nas áreas urbanas, pode-se perceber que os serviços não cobrem todas as regiões urbanizadas, sendo apenas 20 centros. No relatório "Saúde Mental em Dados" do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é feita a análise do triênio de 2003 a 2006, o DF aparece em penúltimo lugar dos estados em termos de cobertura de CAPS, o indicador utilizado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde COSAM/MS recomenda a existência de um CAPS a cada 100.000 habitantes, mesmo com uma população de aproximadamente 2 milhões de habitantes, o que os 20 CAPS estariam adequados as proporções, levando em conta a cobertura para o tipo de CAPS (I, II, III), ainda assim a assistência no DF é insuficiente.

Buscando analisar mais detalhadamente o cenário da saúde mental e as ocorrências de suicídio no DF, o próximo capítulo analisa os dados de suicídio nos anos de 2000-2015.

CAPÍTULO 05

Quando não se tem nada, não há nada a perder.
Bob Dylan, 1965

5. A Análise dos dados.

5.1 Os dados da SES-DF e da PCDF

Os dados disponibilizados pela GIASS através da Secretaria da Saúde do Distrito Federal (SES-DF) sobre o suicídio no Distrito Federal datam do período 2006 – 2014, com uma ocorrência total de 1098 suicídios nas 31 Regiões Administrativas. Estes foram relacionados ao Gênero (masculino e feminino); Faixa Etária (10-14; 15-19; 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79; 80 e+); e Causa Morte (X60- X84). Os dados oriundos da PCDF datam do período de 2000-2016, no presente estudo serão usadas as datas de 2000-2015, pois o ano de 2016 é referente a data presente e não mostraria uma análise completa. Os dados obtidos se dividem tanto em relação às RA's em que ocorreram os suicídios, como idade, cor, meio (causa morte), local, ano de ocorrência, ocupação/cargo. Essas bases de dados não são compatíveis em todas as informações.

Os dados das duas bases foram agrupados a partir das suas variáveis semelhantes e comparados desde 2006 até o ano de 2014, esses dados apresentaram algumas diferenças. Por exemplo, como demonstra a tabela abaixo, no ano período dos dados de 2006-2014, a incidência de óbito por suicídio na base de dados da SES-DF é de 1.098 (sendo 826 óbitos masculinos e 272 óbitos femininos), enquanto na base de dados da PCDF são 950 (sendo 741 óbitos masculinos e 209 óbitos femininos) como mostra a tabela 01 abaixo.

TABELA 01- Comparativo entre gênero e suicídio nas duas bases de dados.

ANO	INCIDÊNCIA SESDF			ANO	INCIDÊNCIA PCDF		
	M	F	T		M	F	T
2006	72	36	108	2006	64	26	90
2007	79	24	103	2007	65	12	77
2008	86	30	116	2008	63	19	82
2009	103	26	129	2009	88	23	111
2010	111	37	148	2010	95	26	121
2011	78	22	100	2011	76	16	92
2012	97	37	134	2012	91	27	118
2013	97	28	125	2013	94	31	125
2014	103	32	135	2014	105	29	134
Total	826	272	1098		741	209	950

FONTE: dados – SES|PCDF

A proporção das ocorrências de óbito por suicídio do gênero masculino para o feminino, de acordo com as duas bases de dados mantém a proporção de 03 para 01.

Em relação às Regiões Administrativas, foram divididas em triênios os dados (2006-2008); (2009- 2011); (2012-2014) para melhor visualização do seu comparativo. Na tabela 02 abaixo, foram comparadas as ocorrências dos óbitos por suicídio por ano nas RA's do Distrito Federal.

TABELA 02- Comparativo entre suicídios por região administrativa nas duas bases de dados.

Local de residência	2006		2007		2008	
	SESDF	PCDF	SESDF	PCDF	SESDF	PCDF
Águas Claras	0	1	0	1	4	3
Brasília	12	18	7	12	7	6
Brazlândia	4	3	2	3	3	1
Candangolândia	1	2	0	0	1	1
Ceilândia	13	11	15	12	12	10
Cruzeiro	6	0	1	1	2	2
Fercal	0	0	0	0	1	1
Gama	7	4	4	5	6	6
Guará	4	2	5	1	6	2
Itapoã	0	1	0	0	1	1
Jardim Botânico	0	0	0	0	1	1
Lago Norte	2	1	0	2	2	1
Lago Sul	1	0	2	2	0	1

Núcleo Bandeirante	3	3	2	0	0	1
Paranoá	6	4	1	0	3	0
Park Way	0	1	2	1	0	1
Planaltina	3	3	4	1	20	14
Recanto das Emas	6	5	5	5	7	5
Riacho Fundo I	4	3	1	0	0	0
Riacho Fundo II	1	0	3	2	1	1
Samambaia	9	6	9	5	7	4
Santa Maria	1	3	12	7	1	1
São Sebastião	3	2	4	2	4	5
SCIA (Estrutural)	0	1	1	1	0	0
Sobradinho	1	0	6	5	3	2
Sobradinho II	6	4	0	0	3	2
Sudoeste/Oct	0	3	2	1	3	1
Taguatinga	12	8	13	8	9	3
Varjão do Torto	0	0	1	0	0	1
Vicente Pires	0	1	0	1	4	4
Ignorado	1	0	1	0	3	0
Em Branco	2	0	0	0	2	0
Distrito Federal	108	90	103	78	116	81

FONTE: dados – SES|PCDF

As maiores diferenças nesses três anos foram referentes ao ano de 2008, no qual os dados da SES-DF têm uma maior diferença que os dados da PCDF, ficando com 35 ocorrências de óbito por suicídio de diferença das duas bases.

TABELA 03- Comparativo entre suicídios por região administrativa nas duas bases de dados.

Local de residência	2009		2010		2011	
	SESDF	PCDF	SESDF	PCDF	SESDF	PCDF
Águas Claras	5	5	6	6	4	5
Brasília	11	19	14	15	6	12
Brazlândia	4	3	3	4	4	4
Candangolândia	0	0	0	0	0	0
Ceilândia	22	21	26	19	13	11
Cruzeiro	4	2	2	1	1	1
Fercal	0	0	2	1	1	1
Gama	2	2	10	9	8	8
Guará	4	2	1	2	5	6
Itapoã	2	3	2	1	2	0
Jardim Botânico	0	0	0	1	1	1
Lago Norte	1	2	3	1	2	1
Lago Sul	5	2	2	1	1	0
Núcleo	2	1	1	1	1	2

Bandeirante						
Paranoá	5	2	0	2	2	1
Park Way	0	0	2	2	0	0
Planaltina	4	5	14	13	7	3
Recanto das Emas	5	3	5	3	7	4
Riacho Fundo I	3	1	2	1	0	1
Riacho Fundo II	1	1	6	5	4	3
Samambaia	7	4	10	5	6	5
Santa Maria	8	7	4	4	2	2
São Sebastião	9	11	3	4	4	5
SCIA (Estrutural)	1	1	1	1	1	1
Sobradinho	1	1	3	3	3	2
Sobradinho II	8	8	2	3	1	0
Sudoeste/Oct	1	0	4	3	1	2
Taguatinga	10	5	14	10	10	10
Varjão do Torto	0	0	0	0	0	0
Vicente Pires	1	1	3	1	0	0
Ignorado	3	0	3	0	3	0
Em Branco	0	0	0	0	0	0
Distrito Federal	129	112	148	122	100	91

FONTE: dados – SES|PCDF

Na tabela 03, a maior diferença está no ano de 2010, com 26 ocorrências de óbito por suicídio de diferença entre a base de dados da SES-DF e da PCDF. Nesse ano, a RA de Ceilândia teve a maior diferença entre os dados, sendo na primeira referente a SES-DF uma ocorrência de 26 óbitos por suicídio e na PCDF 19 ocorrências de óbitos por suicídio.

Por fim, de acordo com a tabela 04 nos últimos anos analisados, a maior diferença de suicídios de uma base de dados para a outra foi no ano de 2012, sendo que os dados das diferentes bases nos anos seguintes foram iguais na sua totalidade, mas não na distribuição entre as Regiões Administrativas.

TABELA 04- Comparativo entre gênero e suicídio nas duas bases de dados.

Local de residência	2012		2013		2014	
	SESDF	PCDF	SESDF	PCDF	SESDF	PCDF
Águas Claras	10	9	4	8	7	7
Brasília	12	10	10	19	12	16
Brazlândia	8	8	4	5	5	8
Candangolândia	0	0	0	0	0	1
Ceilândia	20	15	17	15	20	16
Cruzeiro	1	1	3	2	0	0

Fercal	0	0	0	1	2	1
Gama	7	12	9	10	7	9
Guará	5	4	7	3	4	5
Itapoã	0	0	2	2	3	5
Jardim Botânico	1	3	0	0	0	0
Lago Norte	2	4	2	3	2	1
Lago Sul	2	0	1	0	2	2
Núcleo Bandeirante	1	3	2	0	3	2
Paranoá	4	3	3	4	4	3
Park Way	1	0	0	2	2	1
Planaltina	7	8	10	10	10	10
Recanto das Emas	3	2	3	3	6	6
Riacho Fundo I	3	4	4	2	3	4
Riacho Fundo II	1	1	3	3	0	0
Samambaia	9	8	6	7	11	10
Santa Maria	9	7	5	4	5	3
São Sebastião	6	4	7	5	2	4
SCIA (Estrutural)	3	2	0	0	1	0
Sobradinho	2	2	3	2	6	3
Sobradinho II	4	1	3	3	5	5
Sudoeste/Oct	1	0	3	1	2	1
Taguatinga	9	7	11	9	7	9
Varjão do Torto	0	0	0	0	0	0
Vicente Pires	1	0	1	2	2	2
Ignorado	0	0	2	0	2	1
Em Branco	2	0	0	0	0	0
Distrito Federal	134	118	125	125	135	135

FONTE: dados – SES|PCDF

Em relação ao total de óbitos por RA's podemos ver que no período de 2006-2014, somente a RA Lago Norte, Riacho Fundo I e Riacho Fundo II, São Sebastião e Vicente Pires mantiveram a mesma quantidade de ocorrências de óbitos por suicídio. As maiores diferenças encontradas foram referentes às RA's de Brasília, Taguatinga, Ceilândia, como apresenta a tabela 05 abaixo.

TABELA 05- Comparativo entre local de residência nas duas bases de dados 2006-2014.

Local de residência	Total	
	SESDF	PCDF
Águas Claras	40	45
Brasília	91	127
Brazlândia	37	39
Candangolândia	2	4
Ceilândia	158	130
Cruzeiro	20	10
Fercal	6	5
Gama	60	65
Guará	41	27
Itapoã	12	13
Jardim Botânico	3	6
Lago Norte	16	16
Lago Sul	16	8
Núcleo Bandeirante	15	13
Paranoá	28	19
Park Way	7	8
Planaltina	79	67
Recanto das Emas	47	36
Riacho Fundo I	20	16
Riacho Fundo II	20	16
Samambaia	74	54
Santa Maria	47	38
São Sebastião	42	42
SCIA (Estrutural)	8	7
Sobradinho	28	20
Sobradinho II	32	26
Sudoeste/Oct	17	12
Taguatinga	95	69
Varjão do Torto	1	1
Vicente Pires	12	12
Ignorado	18	1
Em Branco	6	0
Distrito Federal	1098	952

FONTE: dados – SES|PCDF

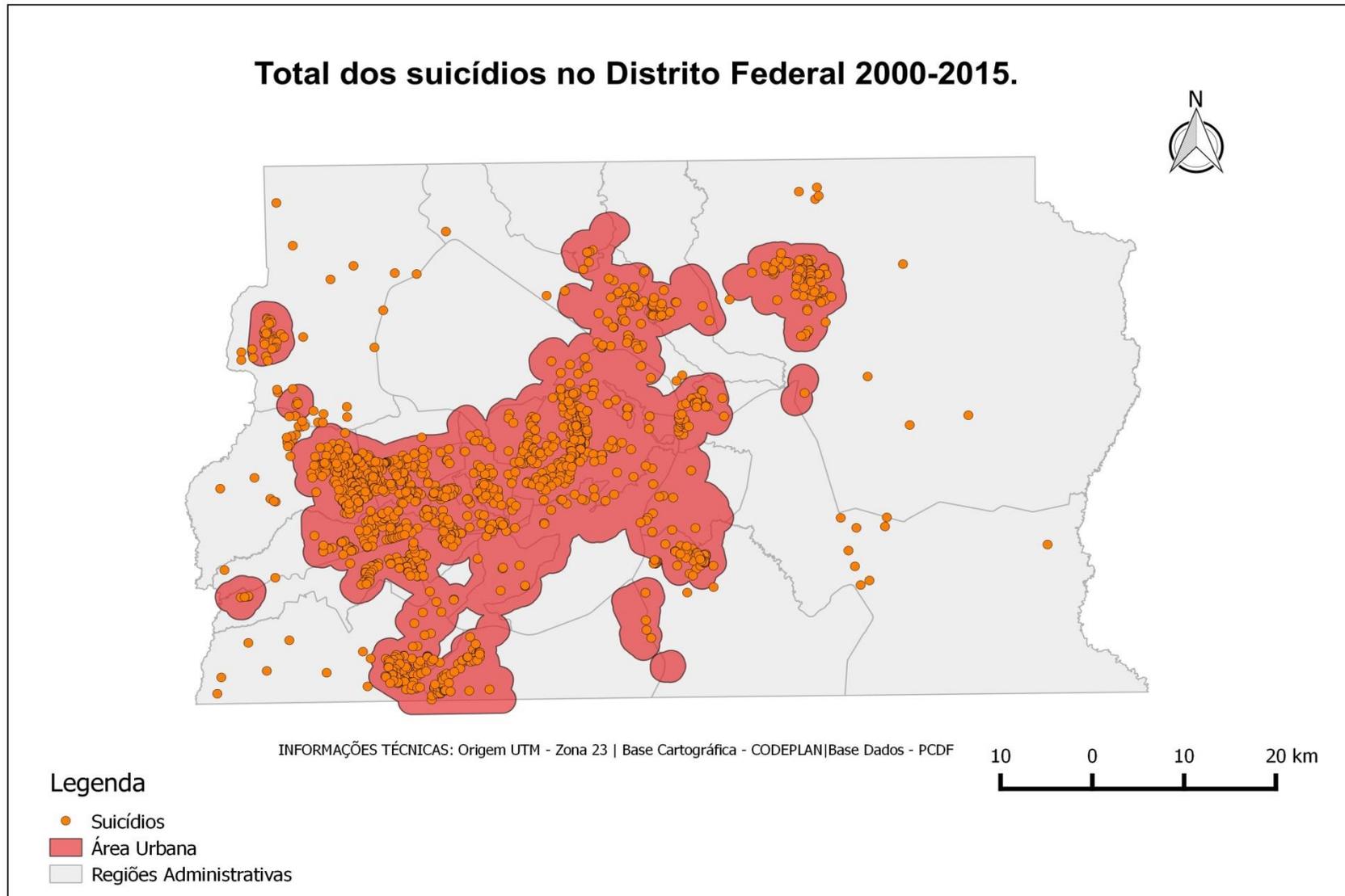
No período total do comparativo das bases, os dados referentes aos óbitos segundo a SESDF totalizaram 1098 óbitos, enquanto os dados oriundos da PCDF contabilizaram 952 óbitos.

É importante relacionar as bases de dados, pois elas são fonte de pesquisa em diversas áreas, o que demonstra que é também uma limitação da pesquisa, pois é difícil a obtenção de dados, sua organização, bem como a análise dos mesmos. E na presente pesquisa os dados utilizados foram o da fonte da PCDF, sendo que os dados da SESDF e os dados da PCDF mostraram incompatibilidade.

5.2 O suicídio no período de 2000-2015 no Distrito Federal: perfil epidemiológico.

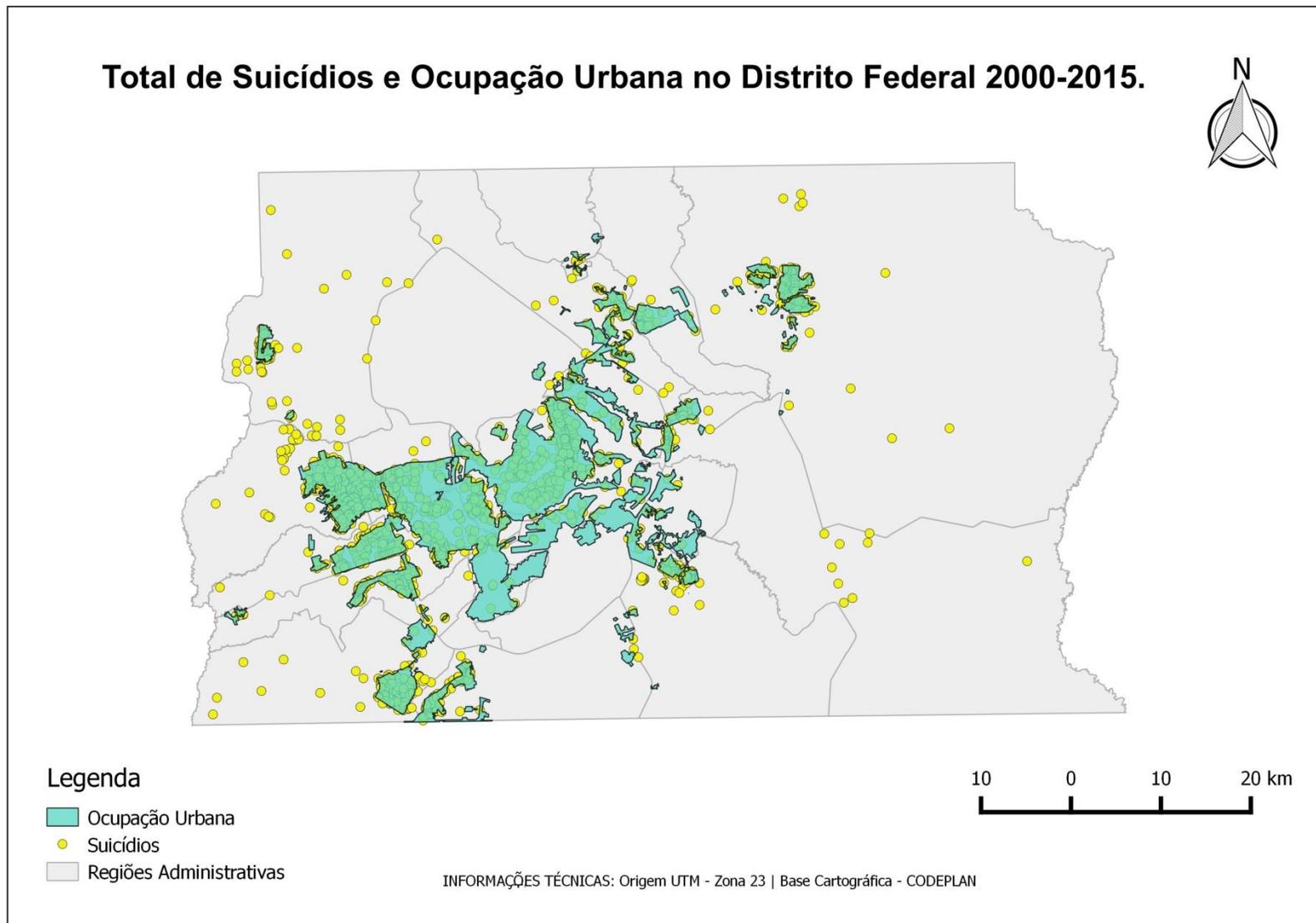
Os dados utilizados para a finalização da presente pesquisa foram os dados disponibilizados pela PCDF, aqui serão analisados os mesmos, a fim de criar o perfil do suicídio no DF do período do ano 2000 até o ano 2015 por Região Administrativa, faixa etária, gênero, causa morte e ocupação; O período mostra um total de 1586, como foi retirado o ano de 2016 (com 46 ocorrências), ficaram 1540 ocorrências. No mapa 05 abaixo tem se a quantidade de suicídios no período.

MAPA 05- Total dos suicídios no período de 2000-2015 no Distrito Federal.



FONTE: Elaboração própria.

No mapa 05 acima, percebe-se que a maior parte dos suicídios ocorreram dentro da área urbana, porém alguns casos foram em partes não urbanizadas, como nas RA's de Planaltina, Paranoá, Sobradinho, Brazlândia, Gama, Ceilândia, Taguatinga e Recanto, o que demonstra que apesar da maioria se relacionar com a área urbana, ainda tiveram casos, em que o óbito por suicídio foi efetuado em lugares mais distante com áreas mais rurais e que fogem da delimitação da área urbana. Esse mapa foi elaborado em relação a área de abrangência, com o buffer, abaixo o mapa 06 mostra a relação dos óbitos por suicídio com o *shape* de ocupação urbana até o ano de 2013.



FONTE: IBGE| CODEPLAN|Elaboração própria.

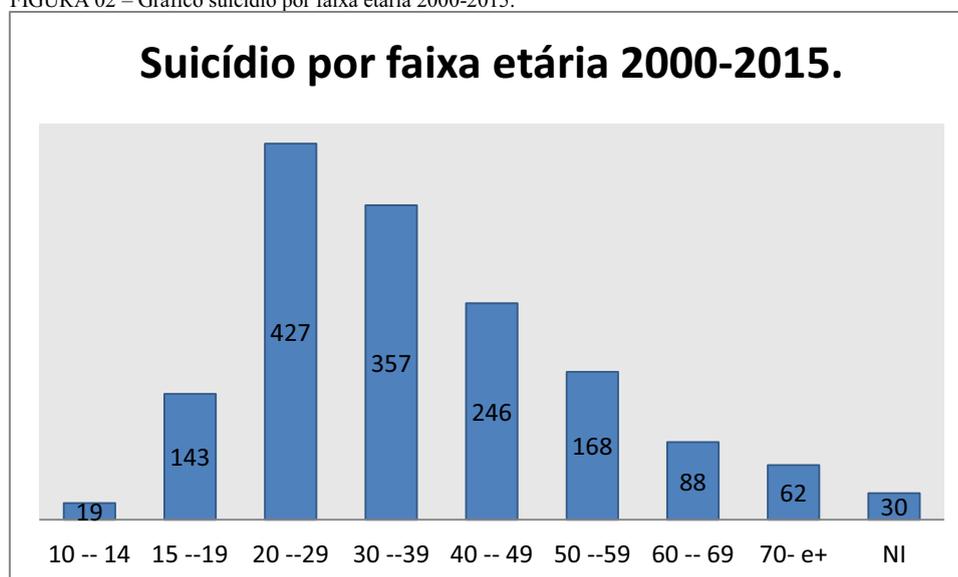
O mapa 06 acima demonstra a localização de onde aconteceram os óbitos por suicídios nas RA's do DF segundo a base de dados da PCDF no período de 2000 até 2015, esse mapa mostra a relação da ocupação urbana e a ocorrência total de suicídio no período estudado, diferente do buffer referente a área de alcance da ocupação urbana, esse mostra exatamente os limites da urbanização, a seguir serão analisados o suicídio no período de 2000- 2015.

5.3 O suicídio e suas variáveis de análise no Distrito Federal no período de 2000-2015.

5.3.1. Faixa etária

Para melhor análise dos dados, a faixa etária foi dividida nos grupos de 10-14 anos, 15-29; 30; 59 e 60 até 98 anos e os NI – não informados. Referente à faixa etária, ou seja, a idade de ocorrência dos óbitos por suicídio, os jovens com 20-29 anos são a faixa que mais mostram a maior concentração, seguidos pela faixa 30-39 anos.

FIGURA 02 – Gráfico suicídio por faixa etária 2000-2015.



FONTE: dados PCDF, elaboração própria.

Os óbitos na faixa etária de 20-29 representaram 27% dos suicídios no período, seguido pela faixa etária 30-39 anos que representam 23%, essas faixas etárias representam 50% dos suicídios no período, o número de ocorrências não informadas

foram referente a 1,9 % dos óbitos por suicídio e a faixa etária com menor ocorrência de suicídios foram 10-14 anos, representando 1,2% do total de suicídio.

Na literatura sobre os dados do suicídio no Brasil e também na literatura a escala mundial, o suicídio vem aumentando entre jovens e jovens adultos, para Bertolote e colaboradores, não há como negar um aumento de dez vezes na incidência de óbito por suicídio em jovens de 15 a 24 anos entre 1980 e 2000³⁵. Os estudos sobre adolescentes e adultos jovens que tentam cometido suicídio são presentes na literatura, os jovens de 5 – 44 anos passaram a se suicidar mais que os adultos com idade acima de 45 anos e essa tendência parece se manter nos próximos anos, segundo as projeções da OMS (OMS, 2013).

No Brasil o suicídio é responsável por 3,7% das mortes entre os jovens 15 a 29 anos (WAISELFISZ, 2014). Nos dados do Distrito Federal se confirmam essa tendência, o Mapa da Violência de 2014 (levantamento mais recente) também aponta uma alta de 15,3% entre jovens e adolescentes no Brasil, de 2002 a 2012 (BRASIL, 2014).

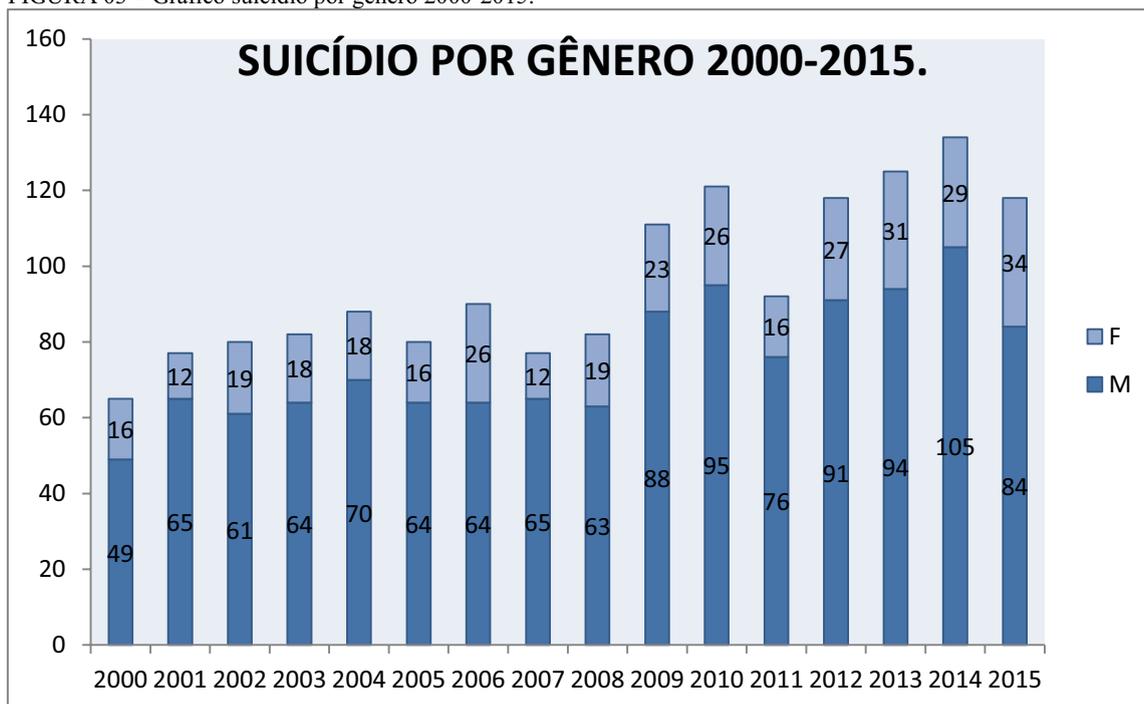
Na associação dos óbitos por suicídio e sua relação com sofrimentos psíquicos os jovens são muito afetados pela depressão e transtornos, bem como a expectativa da sociedade e a fase de escolhas. Assim, muitas vezes o suicídio se torna uma saída para os problemas, mostrando uma solução.

5.3.2 Gênero

No referente ao gênero das ocorrências de suicídio no período, é importante observar que o gênero masculino em todos os anos tiveram mais ocorrências, no ano de 2010 e de 2014.

³⁵ Matéria da revista disponível em: <http://www.unesp.br/aci/revista/ed13/com-saida>

FIGURA 03 – Gráfico suicídio por gênero 2000-2015.



FONTE: dados PCDF, elaboração própria.

Nos dados do DF, no período analisado de 2000-2015, os óbitos relacionados ao gênero masculino e feminino, mostram maior ocorrência de 3 a 4 vezes, e também estão em consonância com a literatura, sobre a superioridade constante de óbitos por suicídio no gênero masculino. É importante frisar que as ações, condutas e feitos dos indivíduos quando julgados próprios de um gênero ratificam todo o percurso histórico da construção desses sujeitos enquanto uma construção social, ou seja, muitas narrativas sobre o suicídio, de histórias sobre ambos os gêneros também fazem parte de se pensar o suicídio como a divisão sexual dos papéis, na qual se baseia em crenças de sistemas biológicos o que “possibilita e induz a constituição de suicídios considerados próprios aos homens e outros às mulheres, bem como institui formas e maneiras de se suicidar por meios considerados masculinos ou femininos” (LOPES, 2007, p.254).

Assim, como a literatura sugere e já explorado no arsenal teórico da presente pesquisa, o gênero masculino demonstra maiores ocorrências de óbito por suicídios, mas além da dualidade de coleta dos dados (apenas o sexo biológico, e não a orientação e identidade sexual), os argumentos que sugerem explicar a maior ocorrência de óbitos por suicídios no gênero masculino do que no feminino, categorizam os prováveis motivos e meios como masculinos ou femininos, por exemplo, as mulheres estarem mais suscetíveis a envenenamentos do que os homens, isso ocorre pela própria

construção brutal de um ato de enforcamento, ou uso de armas, mais conectados com o masculino no imaginário social. Assim, é importante destacar a necessidade do debate que o sistema patriarcal carrega nas interpretações sobre o suicídio relacionado ao gênero.

Para Barata (2009) há um maior risco de transtornos mentais em mulheres desempregadas ou trabalhadoras do setor informal, donas de casa e/ou desocupadas em relação às mulheres do setor formal. Já nos homens a maior ocorrência também são nos desempregados e inativos, porém não há uma grande diferença entre os setores formais e informais.

Em relação ao gênero dos suicídios é importante saber que os papéis diferenciam se dentro dos pequenos núcleos como os familiares, bem como da sociedade em geral, assim diferentes sociedades também produziram diferentes graus entre homens, mulheres e suas orientações e identidades sexuais. Assim, a causa morte também é algo identificado como relacional ao gênero, já que na construção dos papéis sociais, cada gênero ocupa um suposto papel a ele atribuído socialmente. Assim como o gênero é importante para análise do fenômeno suicídio, a causa morte traz importante contribuição para o debate.

5.3.4 Causa Morte

No tocante a causa morte, os dados foram organizados segundo o código das Lesões Autoprovocadas Intencionalmente- LAI³⁶. Esse código representa os meios empregados e correspondem a X60-X84. Referente à base de dados, todos os óbitos por suicídio foram trocados por seus respectivos códigos.

No período de 2000-2015 de acordo com a tabela 06 abaixo, o meio empregado mais utilizado foram os meios X70 – X73 que correspondem respectivamente a: X70.- Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação. Seguida por X73.- Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre. No primeiro período analisado, os anos com maiores ocorrências foram os anos de 2003, com 82 ocorrências, sendo 38 referente a X70 e 19 a X73. No ano de 2006 totalizou 46 ocorrências referentes à X70 e 12 a X80-

³⁶ Tabela completa na página 47-48 da presente pesquisa

Lesão autoprovocada intencionalmente por de um lugar elevado. Inclui: queda intencional de um nível a outro.

O ano com mais óbito por suicídio foi o ano de 2014, com 135 óbitos, sendo 72 X70 e 15 X73.

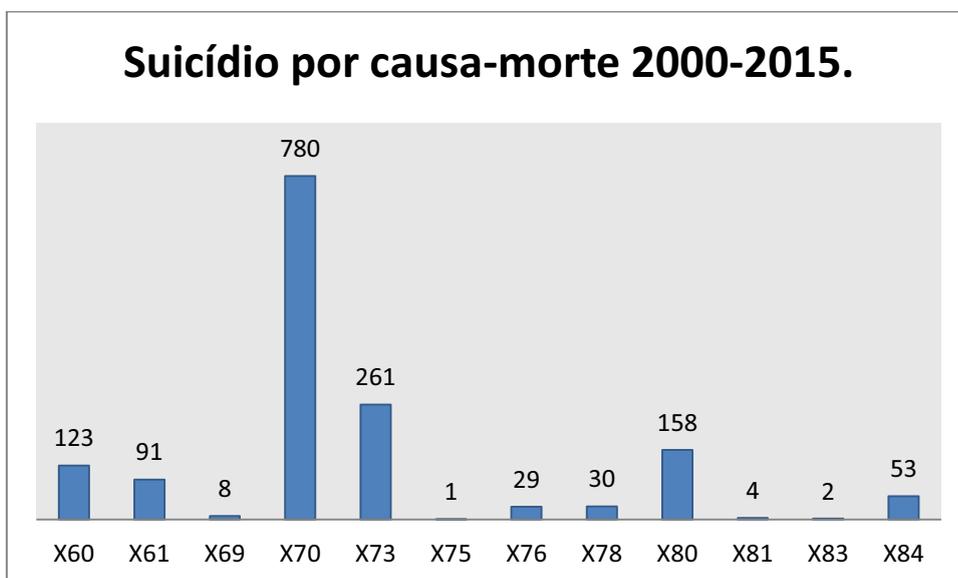
TABELA 06- Meio empregado por ano.

MEIO EMPREGADO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
X60 [Autointoxicação]	7	10	7	5	6	7	11	3	10	13	6	8	7	9	10	4	123
X61 [Autointoxicação]	0	4	5	8	7	7	3	4	5	4	7	5	7	6	6	13	91
X69 [Autointoxicação]	0	0	1	0	0	1	1	2	0	1	0	0	1	0	0	1	8
X70 [Enforcamento]	30	30	28	38	35	34	46	46	45	56	67	53	67	62	72	71	780
X73 [arma de fogo maior calibre]	15	24	24	19	21	20	11	13	13	20	18	10	18	9	15	11	261
X75 [dispositivos explosivos]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
X76 [exposição fumaça]	1	0	3	0	2	1	1	1	1	3	3	2	5	3	2	1	29
X78 [objeto cortante ou penetrante]	1	1	1	2	5	0	0	1	0	2	1	1	4	6	3	2	30
X80 [queda intencional]	6	5	8	8	11	5	12	4	7	9	17	10	5	23	17	11	158
X81 [precipitação]	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4
X83 [outros meios especificados]	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
X84 [meios não especificados]	4	3	1	1	3	3	4	4	0	3	2	2	4	6	9	4	53
TOTAL	64	77	78	82	90	79	90	78	81	112	122	91	118	125	135	118	1540

Os dados referente a Autointoxicação X60; X61 e X69, não foram agrupados, pois segundo o código de LAI³⁷, apresentarem intoxicação oriundas de diferentes eventos.

Assim, de acordo com o gráfico abaixo, X70 [enforcamento] representa 50% dos óbitos por suicídio, seguidos X73 [arma de fogo] representando 16% das ocorrências e X80 [queda intencional] com 10% .Foram as causas morte que tiveram maior destaque nas ocorrências de suicídio no DF durante o período analisado

FIGURA 04 – Gráfico suicídio por causa-morte 2000-2015.



FONTE: dados PCDF, elaboração própria.

Entre os meios empregados, no Brasil predomina-se o enforcamento, seguido pelo uso da arma de fogo e pelo envenenamento (BOTEGA, 2012). Assim, o DF também tem dados que sugere uma consonância com os dados do Brasil e da literatura em escala mundial. Apesar de um importante indicador da seriedade do suicídio, o método de suicídio deve ser contextualizado e integrado com outros fatores para ser verdadeiramente significativos, como por exemplo, a relação cultural que o meio empregado tem com a sociedade. Os meios empregados com mais frequência em um suicídio variam segundo a cultura e o acesso a que se tem a eles, além do gênero e a faixa etária, entre outros fatores. Como um exemplo da variância cultural, na Inglaterra

³⁷ Disponível página 55da presente pesquisa.

e Austrália predominam o enforcamento e a intoxicação de gases, nos Estados Unidos a arma de fogo, na China e no Sri Lanka o envenenamento por pesticidas (BOTEGA, 2015).

Embora as singularidades dos suicídios também sejam individuais, o contexto social determina as oportunidades de saúde segundo as exposições às situações com distintas situações de vulnerabilidade (BARATA, 2009). Assim, como a importância da causa morte, o local de ocorrência também é um importante elemento na análise sobre a ocorrência de suicídios.

5.3.5 Local

O local da ocorrência dos óbitos por suicídio no período de 2000-2015 no DF, também foram agrupados de acordo com os códigos³⁸ disponíveis.

TABELA 07- Local de ocorrência por ano.

LOCAL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
.0 [residência]	51	66	57	59	64	61	70	59	56	84	97	69	99	88	108	97	1185
.1[Habitação coletiva]	1	2	1	5	3	4	3	1	3	6	2	3	4	4	6	3	51
.2 [Escolas, outras]	1	1	5	3	5	2	5	2	0	4	4	1	1	5	1	3	43
.4 [rua e estrada]	5	5	4	6	5	6	4	6	10	10	7	7	3	14	9	6	107
.5 [comércio e serviços]	4	1	6	5	7	4	4	9	7	4	7	8	7	10	4	3	90
.8 [outros locais]	2	2	5	4	6	2	4	1	5	4	5	3	4	4	7	6	64
TOTAL	64	77	78	82	90	79	90	78	81	112	122	91	118	125	135	118	1540

De acordo com a tabela acima, o local .0 referente a residência (casa, apartamento e chácara) teve a maior ocorrência, sendo 1185 e foi o ano de 2014 com maior quantidade de ocorrências – 135. Essas ocorrências na residência correspondem mais de 70% dos suicídios.

³⁸ Disponível na página 50-51 da presente pesquisa.

De acordo com a figura abaixo, no período total dos anos analisados 2000-2015, o local de ocorrência 0. residência Representa 77% ocorrências de suicídios.

FIGURA 05 – Gráfico suicídio por local de ocorrência 2000-2015.



FONTE: dados PCDF, elaboração própria.

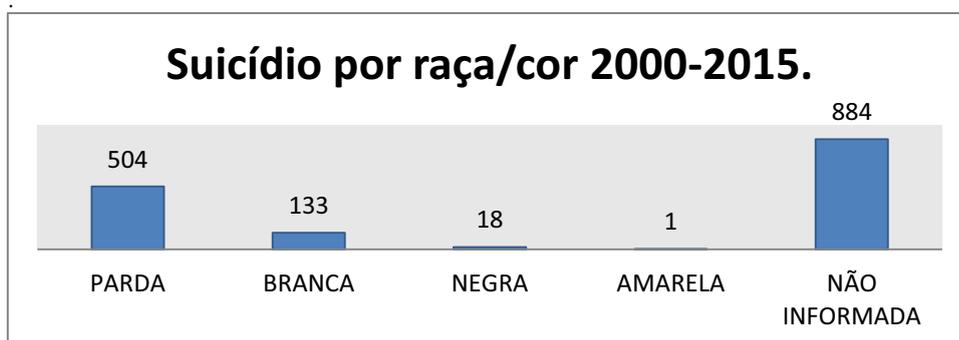
A residência é o local que tem maior ocorrência, sendo mais da metade, seguido de .4 *Rua e estrada*: Calçada, Passeio, Rodovia, e por.5 Áreas de comércio e de serviços: Aeroporto, Armazém, Banco, Boutique, Café, Cassino, Centro comercial (Shopping Center), Edifício de escritórios, Entrepasto, Estação (de): ferroviária, rádio ou televisão, rodoviária, Garagem (comercial), Hotel, Loja (comercial), Loja de departamentos, Mercado, Posto de serviços para veículos a motor, Restaurante, Supermercado. Exclui: garagem em residência. De acordo com a literatura Mundial e do Brasil, o DF também mantém maiores números do local de ocorrência do suicídio nas residências, No Brasil, a residência do suicida também é o cenário mais frequente de suicídios (BOTEGA,2014).

5.3.6 Raça/Cor

Os dados também foram disponibilizados em relação à raça/cor. Não informado foi um total de 884, e entre os informados os pardos foram os que tiveram maiores incidências. Não houve registro de indígenas, que pela literatura é considerado um grupo vulnerável em relação ao suicídio. Dos 2.570.160 habitantes, segundo o Censo de 2010 do IBGE, o DF tem 6.128 indígenas. A maior parte (97%) está concentrada em área urbana. Do total, as três regiões administrativas com maior população indígena são Ceilândia (13%), Planaltina (8,6%) e Samambaia (8,5%) (CODEPLAN, 2015).

De acordo com a figura abaixo, entre as raças declaradas, os pardos representam 33,5% dos óbitos por suicídio no DF, seguidos por brancos com 8,6%. As raças/cor não informada são referente a 57%. A variável Raça/cor foi inclusa na declaração de óbito somente no ano de 1996, respondendo a uma reivindicação da Liga Nacional para a Valorização da Raça Negra. O percentual de não informados foi de 96,7% no primeiro ano (MACENTE et all., 2010).

FIGURA 06 – Gráfico suicídio por raça/cor 2000-2015



FONTE: dados PCDF, elaboração própria.

Com o passar dos anos houve uma melhora em relação aos dados, mas nos dados da presente pesquisa a raça/cor não informada superou os 50% das incidências. Segundo o Mapa da Violência, o suicídio de brancos cresce 8,6% entre 2002 e 2008, enquanto o de negros aumenta 51,3% (BRASIL,2014).

Em relação aos aspectos de raça e cor e na sua relação com a saúde é preciso sempre frisar que as análises nem sempre são passíveis de tratamento estatístico, ou qualitativo, assim, não é possível afirmar sem considerar o contexto, que determinados grupos raciais apresentarão intrinsecamente determinados problemas de saúde (BARATA, 2009).

5.3.7 Cargo/Ocupação

Nas 1540 ocorrências de suicídio referente ao cargo/ ocupação dessas pessoas, 43,9% não foi declarada. Entre as que foram declaradas, foram divididas por critérios de ocorrências, a cada 20 - se tornaram uma categoria, as demais foram unidas por “áreas” a fim de não expor as pessoas que trabalhavam em cargos únicos.

TABELA 08- Suicídio segundo cargo/ocupação.

Agricultor/Lavrador	20
Área da Educação	22
Área da Saúde	18
Área da Segurança	25
Aposentada	66
Autônomo/funcionários	247
Estudante	83
Empresário	40
Desempregados	84
Dona de casa	45
Doméstica	11
Polícia	21
Militar	72
Servidor Público	46
Não Informado	676

FONTE: dados PCDF, elaboração própria.

Referente ao cargo funcionários/autônomos, o trabalhador autônomo “é aquele que executa trabalhos independentes, ou seja, ele presta serviços por conta própria e não possui vínculo de trabalho” ³⁹(BRASIL, 2016). O funcionário é um empregado que responde seus serviços a um chefe. Como na base de dados não foi possível diferenciar autônomo de funcionário, estes configuraram uma única categoria, não é possível destacar qual dessas categorias se sobrepõe a outra, mas elas representam 28% dos cargos declarados dos óbitos por suicídio.

Os desempregados representam um grande número dentro dos cargos/ocupação identificado, correspondendo a 9,7% dos cargos informados, seguido por estudantes 9,6% , militares 8,3% e aposentados 7,6% .

³⁹ Disponível em: <http://direito-trabalhista.info/ministerio-do-trabalho.html>

Na análise sobre suicídio e ocupação, nota-se que na nossa sociedade o trabalho é essencial, pois através dele que somos socialmente valorizados ou não, segundo nossas atribuições e remunerações. Assim, por nosso cargo e ocupação que formamos nossa identidade social e pessoal muitas vezes.

No tocante ao desemprego, responsável por 9,72%, é estar à margem da sociedade, que exige que você tenha uma ocupação que lhe remunere. Ao analisar os dados da mortalidade de 2000 a 2011 em 63 países do mundo, foram registrados cerca de 230 mil suicídios por ano. Desse total, 20%, ou seja, cerca de 45 mil mortes, são atribuídas ao desemprego (OMS,2014). Quem trabalha, vive sobre a pressão da possibilidade de perder o seu cargo/ocupação, pois assim, além do seu sustento perde-se sua identidade, seu valor social. Segundo Orellano (2005) o indivíduo quando enfrenta o desemprego sente-se confuso, indeciso, perturbado, perdido e desvinculado, fatores que agravam os sofrimentos psíquicos podendo levar ao suicídio.

Os estudantes, com 9,6% dos suicídios que foram informados, representam também uma parcela que está atrelada muitas vezes ao desemprego e a faixa etária que é vulnerável em relação ao suicídio, os jovens.

Os militares com 8,3% dos suicídios dos totais informados representam uma parcela importante para a análise, visto que juntos da área de segurança 2,8% e Polícia com 2,43% representam aproximadamente 14% dos óbitos por suicídio.

Um grande desafio nos suicídios relacionados com policiais, militares é o próprio tabu relacionado ao suicídio e a construção máscula das pessoas que ocupam esse cargo. Sofrimentos psíquicos, depressão são associadas em geral, a sinais de fraqueza, e, por conseguinte tratado como vergonha.

Além dessas situações, o suicídio também se torna econômico, quando um agente policial morre em combate, a sua família tem direito a pensão por morte. Porém quando a causa morte é um suicídio as famílias recebem pensão relativa ao tempo de trabalho e não ganham seguro de vida. À luz da Lei nº 3.765/60⁴⁰, que trata das pensões militares, nela mostra que não há previsão para pensionamento de dependentes de militar que comete suicídio. De acordo com a lei *Inexistente a prova do nexo causal e ação/omissão do Estado, não há que se conceder indenização por responsabilidade objetiva*. Ou seja, a jurisprudência que analisa o caso, relacionando como consequência

⁴⁰ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3765.htm

ou não do trabalho. Assim, permite que cenas de suicídio sejam alteradas por colegas da profissão como forma de ajudar as famílias da pessoa que cometeu o suicídio.

Assim, na relação de suicídio e cargo/ocupação, o nosso modo de produção capitalista e a própria sociedade em que o trabalho está inserido, sendo a mesma machista, racista, heteronormativa, transfóbica mostra que a relação com o trabalho e o mercado é muitas vezes marcada pelos preconceitos sociais e pela própria precarização do trabalho.

5.4 Suicídio por ano no período de 2000-2015

No que se refere aos anos, no período analisado o mês com maior ocorrência de suicídios em todos os anos foi o mês de outubro com 141 ocorrências, seguido de setembro com 140 ocorrências. Os anos com maiores ocorrências nesse mesmo mês foram os de 2012 e 2014, com 13 óbitos por suicídio em outubro e o ano de 2013 em setembro com 16 ocorrências. O ano com menor ocorrência de óbitos por suicídio foi o ano de 2000, e o com maiores ocorrências em todo o período foi o ano de 2014, como pode se observar na tabela 09 abaixo.

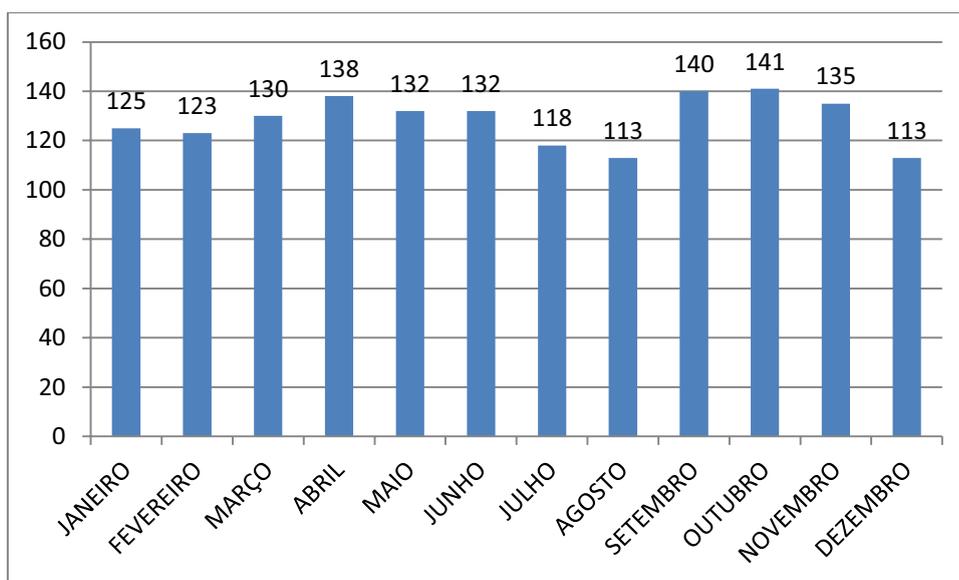
TABELA 09 – Suicídio Segundo ano e gênero.

Ano / Mês	janeiro		fevereiro		março		abril		maio		junho		julho		agosto		setembro		outubro		novembro		dezembro		total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
2000	5	0	5	1	9	0	5	2	3	2	4	0	2	0	2	0	5	1	3	4	0	2	6	4	65
2001	5	1	3	0	3	2	4	0	8	0	10	1	9	1	4	1	6	3	7	1	5	0	1	2	77
2002	5	2	10	0	9	2	3	2	4	2	9	1	3	0	4	4	5	2	3	0	4	1	2	3	80
2003	6	0	2	1	3	4	9	1	3	2	8	1	4	1	1	2	9	1	5	0	7	2	7	3	82
2004	4	0	10	1	3	2	8	0	8	2	4	2	3	1	5	0	6	4	7	0	6	3	6	3	88
2005	6	1	0	3	5	4	6	1	7	0	7	2	2	0	7	1	7	1	4	0	8	3	5	0	80
2006	8	1	3	6	8	3	6	2	2	1	8	3	13	1	2	1	2	0	6	5	2	2	4	1	90
2007	5	1	1	3	2	0	6	1	7	1	9	1	8	0	4	2	4	0	7	2	6	1	6	0	77
2008	7	1	2	4	6	1	9	3	5	1	3	2	1	1	7	2	7	2	8	1	6	1	2	0	82
2009	6	4	10	2	8	1	8	1	6	1	5	0	8	3	5	1	9	1	7	4	6	3	10	2	111
2010	10	1	5	1	8	2	9	2	11	1	6	1	10	2	6	2	4	5	9	1	9	7	8	1	121
2011	6	2	4	0	9	0	7	1	5	3	6	2	9	0	3	1	6	1	7	2	7	2	7	2	92
2012	5	1	6	3	6	0	7	2	6	7	7	3	8	1	9	2	9	3	11	2	9	3	8	0	118
2013	4	4	9	3	6	1	7	1	5	5	7	4	8	2	10	1	14	2	9	2	9	3	6	3	125
2014	10	5	10	3	11	0	13	2	10	2	6	1	6	2	11	3	10	2	9	4	4	4	5	1	134
2015	8	1	10	2	7	5	6	4	8	4	6	3	7	2	5	5	7	2	11	0	5	5	4	1	118
total	100	25	90	33	103	27	113	25	98	34	105	27	101	17	85	28	110	30	113	28	93	42	87	26	1540

FONTE: dados PCDF, elaboração própria.

Em uma análise da evolução total das ocorrências de suicídio no período, se percebe que houve um aumento, e especialmente nos anos de 2010, 2012 e 2014 ocorreu um aumento das ocorrências. Referente ao mês de ocorrência, de acordo com a figura abaixo, o mês de outubro foi o que teve as maiores ocorrências de suicídio. É no mês de outubro que são realizadas as eleições.

FIGURA 07 – Gráfico suicídio por mês 2000-2015.



FONTE: dados PCDF, elaboração própria.

Depois de outubro, setembro aparece com 140 ocorrências, sendo os meses com maiores números de óbito por suicídio, os meses com menos ocorrências foram o mês de dezembro e agosto. Abaixo na figura 09, uma relação das ocorrências de suicídio e dos eventos em que o DF esteve inserido.

FIGURA 08 – Gráfico de eventos e total de ocorrências de suicídios.



FONTE: dados PCDF, elaboração própria.

De acordo com a figura, o ano de 2014 apresentou as maiores ocorrências, foi o ano também que todo o Brasil passou por eleições presidenciais (o mês de outubro carrega as maiores ocorrências) e também o ano em que ocorreu a copa do mundo de futebol no Brasil enquanto sede.

O ano de 2010 também foi um ano com maiores ocorrências, onde também o Brasil estava passando por eleições presidenciais e o mundo por uma copa de futebol.

Os anos podem corresponder a épocas de mudança, de insegurança, quando se estuda um fenômeno como o suicídio, a intenção não é resolver tal questão a nível filosófico, mas sim compreender o impacto no gênero de vida das pessoas, para Fensterseifer e Werlang (2006) a incerteza frente às coisas, corroboram com a ideia de suicídios, as incertezas se tornam mais pungentes, trazem sofrimento. Sobre a

modernidade líquida: uma época de fragmentação, de fragilidade, de incerteza e imprevisibilidade.

De acordo com Bauman (2000), nossos valores ocidentais, que eram o que norteava a sociedade ocidental em geral, chegaram a um colapso, se diluem como a água – a liquidez moderna. Nossos mecanismos culturais de produção de valores caem em desuso. Birman (2003) defende que o suicídio torna-se uma saída possível para o sentimento de abandono, desamparo, frustração considerado como o mal-estar da modernidade. Assim, o tempo e o espaço em um fenômeno como o suicídio se tornam importante ferramenta de análise. Com a intenção de analisar as taxas de suicídio no Distrito Federal no período 2000-2015, as taxas foram calculadas nos tópicos abaixo.

5.5 As Taxas de suicídio no Distrito Federal

Com a finalidade de adequar a quantidade de suicídios por taxa, ou seja, com o objetivo de permitir a comparação entre locais com diferentes tamanhos de população e neutralizar o crescimento populacional ao longo dos anos para que as ocorrências de suicídio por RA's sejam mais fidedignas, foi usado a taxa por 100 mil habitantes. O cálculo da taxa por 100.000 hab = número de ocorrências de suicídio dividido pela quantidade da população na Região Administrativa nos anos de 2004, 2010 e 2013⁴¹ x 100.000.

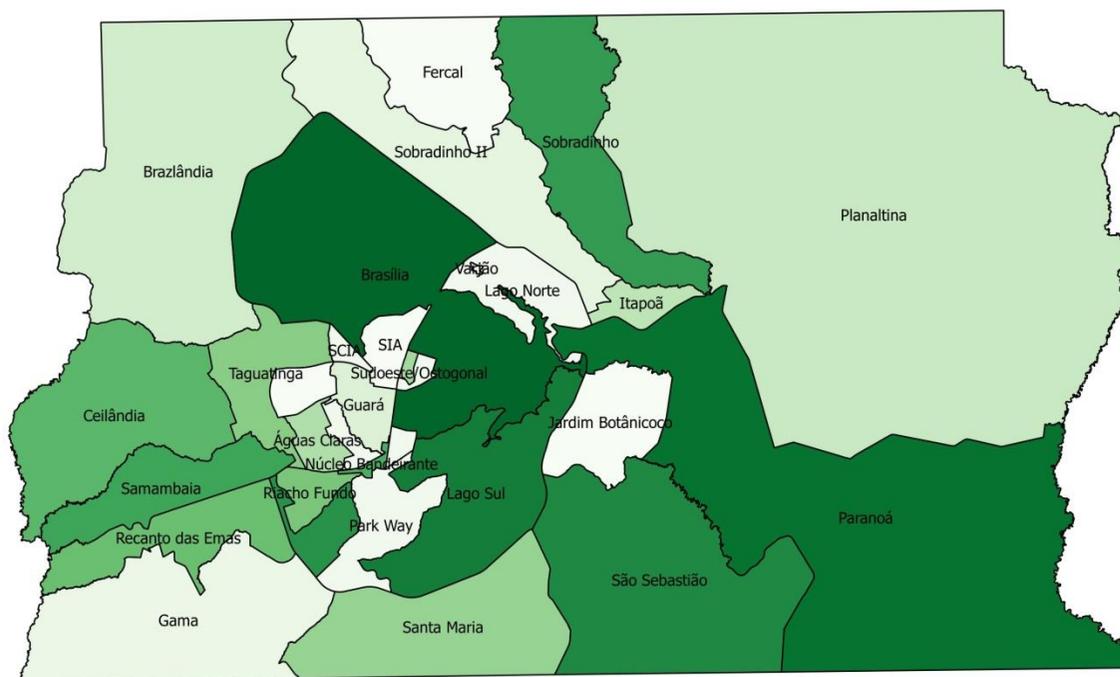
5.5.1 Incidência de suicídios em 2004

No ano de 2004, como representado no mapa 07 abaixo, as taxas de suicídio foram maiores na Região Administrativa Plano Piloto e Paranoá, seguidas pelo Lago Sul, Riacho Fundo, São Sebastião, Samambaia e Sobradinho.

⁴¹ Foram usados esses anos, por serem os anos em que se tem o registro demográfico das Regiões Administrativas e não somente do DF como um todo. Todos os dados foram usados do site da CODEPLAN.

MAPA 07 – Taxa de suicídios no DF no ano de 2004.

Taxa de suicídio no Distrito Federal no ano de 2004.



Legenda

Taxa de Suicídio	1,77	2,44	4,21	5,757
0	2,04	3,34	4,40	8,19
0,89	2,12	3,58	4,73	10,09
1,39	2,16	3,83	4,89	12,56
	2,29	3,91	5,751	



INFORMAÇÕES TÉCNICAS: Origem UTM - Zona 23 | Base Cartográfica - CODEPLAN|Base Dados - PCDF|CODEPLAN

FONTE: Elaboração própria.

A maior taxa no ano de 2004 se concentrou na RA I – Brasília e RA VII Paranoá, com as taxas de 10,09 e 12,56 suicídios por 100.000 habitantes. Essas duas Regiões Administrativas datam a sua lei de criação⁴² - 4.545 de 10/12/1964. A RA I - Brasília é composta pela Asa Norte, Asa Sul, estação rodoviária, setores de oficinas, armazenagem e abastecimento, indústrias gráficas, embaixadas norte e sul, militar urbano, clubes, parque Sarah Kubitscheck, área de camping, eixo monumental, esplanada dos ministérios e as vilas: Planalto (Asa Norte), Telebrasília (Asa Sul) e Weslian Roriz (Granja do Torto). A RA VII se originou do acampamento dos primeiros trabalhadores na construção da Barragem do Paranoá, mesmo datando sua criação de 1964, sua transferência e assentamento definitivo datam de 1989 (CODEPLAN, 2010).

A RA I- Plano Piloto é considerada uma região, com maior concentração de renda, tendo as maiores disparidades de renda em suas Vilas (Telebrasília, planalto e Weslian Roriz), sua população é bem diversificada.

Na região administrativa VII do Paranoá, segundo dados da PDAD- 2015, tem a população urbana estimada em 48.020 habitantes, sendo que 47,06% encontram-se na faixa etária de 25 a 59 anos. Relacionado à infraestrutura e condições básicas no Paranoá a maior parte das ruas são asfaltadas, também com iluminação pública, calçadas, meios-fios e rede de águas pluviais estão presentes na quase totalidade dos domicílios, assim como o abastecimento de água pela rede geral e o fornecimento de energia elétrica e esgotamento sanitário. Relacionado à escolaridade, a população concentra-se na camada dos que têm ensino fundamental incompleto. Os que possuem nível superior completo representam menos de cinco por cento. A população ocupada está concentrada essencialmente no comércio e nos serviços gerais e menos de ¼ trabalha na própria região. A renda domiciliar apurada na localidade é considerado baixa, 3,42 salários mínimos mensais e a per capita de 1,10 SM. O Coeficiente de Gini em 2015 é de 0,402, (CODEPLAN, 2015).

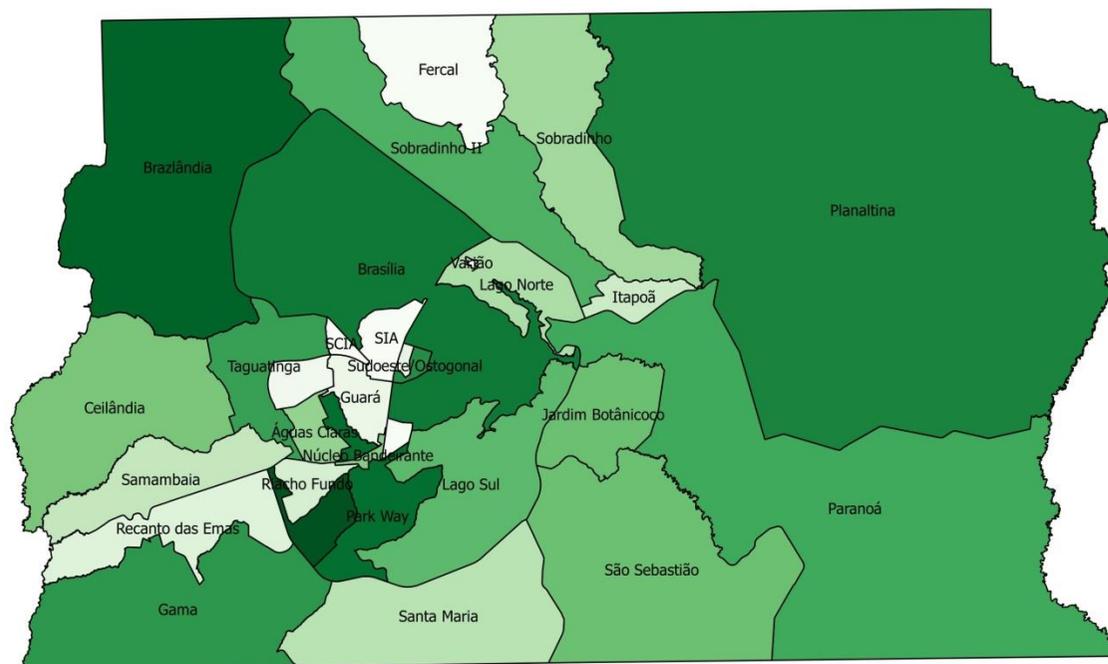
No Paranoá funciona um CAPS II que funciona com abrangência para as áreas de Brasília (Plano Piloto); Sobradinho; São Sebastião; Lago Sul; Lago Norte. O CAPS ad Sobradinho também atua na área do Paranoá, que conta também com um Hospital regional que contém uma ala de psiquiatria.

⁴² Lei de criação de todas as RA's, anexo 03

5.5.2 Incidência de suicídios em 2010

Em relação à incidência de suicídios no ano de 2010, as RA's com maiores taxas foram Riacho Fundo II com uma taxa de 12,84 e Brazlândia com uma taxa de 08,09. A RA de Brazlândia também data a criação desde 12/10/1964 na lei - 5.455. Já Riacho Fundo II data sua criação de 06/05/ 2003 (CODEPLAN, 2010).

Taxa de suicídio no Distrito Federal no ano de 2010.



Legenda

Taxa de Suicídio	1,87	3,38	4,09	6,99
0	1,90	3,50	4,16	8
1,42	1,98	3,75	4,29	8,09
1,50	2,26	3,83	4,50	12,84
1,56	3,19	3,87	6,34	
	4	6,40		



INFORMAÇÕES TÉCNICAS: Origem UTM - Zona 23 | Base Cartográfica - CODEPLAN|Base Dados - PCDF|CODEPLAN

Riacho Fundo, por longa data, foi a Residência Oficial dos Governos Militares, onde hoje funciona o Instituto de Saúde Mental (ISM). Segundo a PDAD 2015, a região conta com 15.032 domicílios urbanos a maior parte são casas. Bem como na região do Paranoá, há ruas asfaltadas, iluminação pública, calçadas, meios-fios e rede de águas pluviais na quase totalidade dos domicílios. Riacho Fundo II tem uma população urbana estimada em 51.709 habitantes. Destes, quase metade encontra-se na faixa etária de 25 a 59 anos. Em relação à escolaridade, a população concentra-se na categoria dos que têm ensino fundamental incompleto. Os que possuem nível superior completo representam 6%. A renda domiciliar apurada na localidade é considerada média baixa, 3,94 salários mínimos mensais e a per capita de 1,18 SM. O Coeficiente de Gini em 2015 é de 0,419.

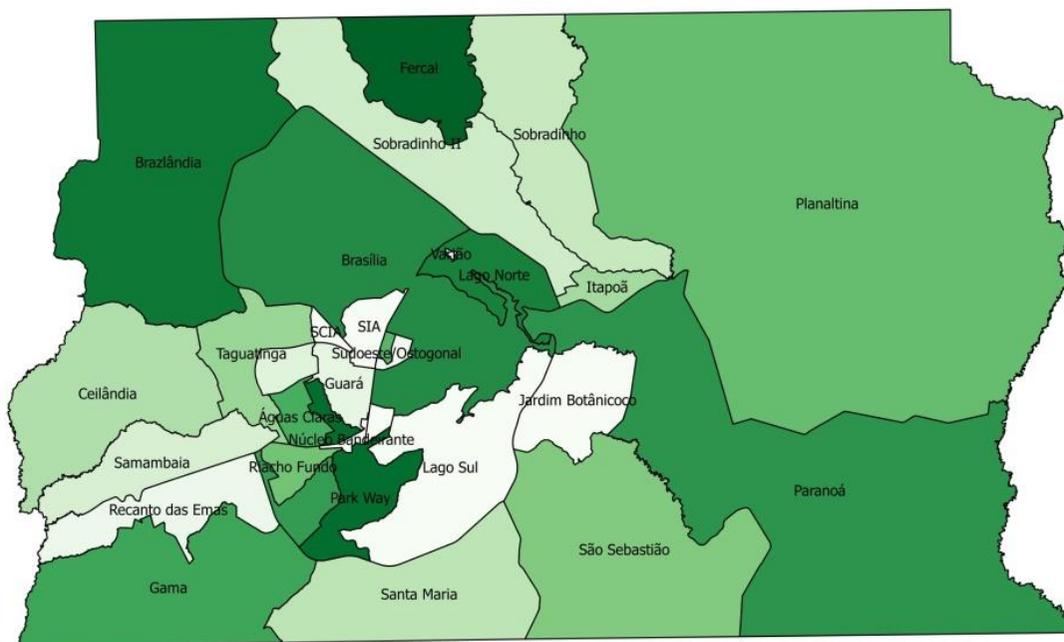
Em Brazlândia, um total estimado de 15.515 domicílios urbanos e quase totalidade desses domicílios caracteriza-se pelas construções permanentes, com a maior parte sendo de casas. Ruas asfaltadas, iluminação pública, calçadas, meios-fios e rede de águas pluviais estão presentes em grande parte dos domicílios, assim como o abastecimento de água pela rede geral e com fornecimento de energia elétrica e esgotamento sanitário. Com uma população urbana estimada em 52.287 habitantes, cerca da metade encontra-se na faixa etária de 25 a 59 anos.

Quanto ao nível de escolaridade, a população concentra-se na categoria dos que têm ensino fundamental incompleto. Os que possuem nível superior completo representam pouco mais de sete por cento. A população ocupada está concentrada essencialmente no comércio e nos serviços gerais e mais da metade trabalha na própria região. A renda domiciliar apurada na localidade é considerada baixa, 4,11 salários mínimos mensais e a per capita, de 1,25 SM. O Coeficiente de Gini em 2015 é de 0,425,

5.5.3 Incidência de suicídios em 2013

No ano de 2013, a RA XXXI Fercal mostrou a maior taxa, de 11,89 de suicídios por 100.000 habitantes. Nesse mesmo ano Pakway taxas, de 10,13 respectivamente. Importante salientar que a criação da RA Fercal foi a lei 4.745 29/01/2012 e Park Way 3.255 29/12/2003. No mapa 09 abaixo é possível ver as diferenças de taxas no ano de 2013.

Taxa de suicídio no Distrito Federal no ano de 2013.



Legenda

Taxa de Suicídio	2,76	3,35	6,21	8,7765
0	3,06	4,22	6,73	9,78
1,91	3,07	4,48	7,40	10,13
2,15	3,13	5,05	7,60	11,89
2,50	3,25	5,31	8,65	
	3,31	5,39	8,7764	



INFORMAÇÕES TÉCNICAS: Origem UTM - Zona 23 | Base Cartográfica - CODEPLAN|Base Dados - PCDF| CODEPLAN

A PDAD 2015 mostrou 2.341 domicílios urbanos na Fercal, com predominância de casas, com ruas asfaltadas e meios-fios estão presentes em mais de 40% dos domicílios pesquisados e iluminação pública, em 94%, bem como o abastecimento de água pela rede geral. O fornecimento de energia elétrica está presente na quase totalidade dos domicílios, e a rede geral de esgoto atende a apenas 3% dos moradores.

A Fercal tem uma população urbana estimada em 8.746 habitantes. Destes, 46% encontram-se na faixa etária de 25 a 59 anos. Os ocupados desempenham atividades predominantemente no Comércio, Serviços Gerais e Indústria. A renda domiciliar apurada na localidade é considerada baixa, 2,91 salários mínimos mensais, e a per capita, de 0,79 SM. O Coeficiente de Gini em 2015 é de 0,402.

A PDAD 2016 contabilizou um total estimado de 5.920 domicílios urbanos no Park Way, com totalidade das construções permanentes e predominância de casas. Iluminação pública e ruas asfaltadas atendem próximo de 92% dos domicílios e meio fio e calçadas 87% e 85%, respectivamente. Já a rede de água pluvial atende 42% dos domicílios pesquisados, a energia elétrica pela rede geral está presente em todos domicílios e o abastecimento de água em 99%. O Park Way tem uma população urbana estimada em 19.824 habitantes. Destes, a metade encontra-se na faixa etária de 25 a 59 anos. A renda domiciliar apurada na localidade é considerada alta, 20,60 salários mínimos mensais, e a per capita, de 6,61 SM. O Coeficiente de Gini em 2016 é de 0,438,

Essas informações descrevendo as Regiões Administrativas nos anos de 2004, 2010 e 2013 tiveram a finalidade de caracterizar os locais onde obtiveram as maiores incidências de suicídio nos respectivos anos. Nessa caracterização pode-se observar que as incidências de suicídio não estão somente relacionadas a infra estrutura do espaço analisado.

Considerações sobre as taxas de suicídio nos anos de 2004, 2010 e 2013.

Com relação as incidências de suicídio no DF nos anos de 2004, 2010 e 2013 buscou fazer um perfil das RA's, segundo dados da CODEPLAN, esses dados mostraram particularidades em todas as regiões, bem como diferentes índices de Gini. O índice de Gini é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em um

determinado grupo . Mostra a diferença dos rendimentos das classes mais abastadas e menos abastadas, assim, numericamente, varia de zero a um 0 – 1. O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza (IPEA,2004).

Na Tabela 10, os índices de gini oriundos das pesquisas da CODEPLAN – PDAD 2015|2016 foram organizados de acordo com a taxa de suicídio nos anos de 2004, 2010 e 2013 para uma possível comparação.

TABELA 10- Índice de Gini e Suicídio.

GINI	TX Suicídio	RA's
0,389	12,56 2004	Brasília
0,402	10,09 2004	Paranoá
0,419	12,84 2010	Riacho Fundo
0,425	8,09 2010	Brazlândia
0,402	11,89 2013	Fercal
0,438	10,13 2013	Park Way

FONTE: dados PCDF|CODEPLAN, elaboração própria.

Na análise do índice de Gini com relação as taxas de suicídio por 100.000 habitantes, a maior taxa de suicídio no ano de 2004, que foi na RAI Brasília teve um índice de Gini considerado menos desigual que as outras RA's analisadas, porém no ano de 2010, Riacho Fundo II teve a maior taxa de suicidio bem como um valor alto no índice de gini. Para Barata (2009) usar a análise dos eventos de saúde em relação ao local de moradia, tomando o espaço geográfico como indicativo das condições de vida da população que nele reside mostra a complexidade da organização social em seu todo, em vez de fragmenta-la em diferentes variáveis.

Assim, a escolha do índice de gini se baseou na relação da medida da desigualdade social com as taxas de suicídio, os índices de gini foram calculados pela CODEPLAN na suas PDAD 2015/2016. Fercal e Paranoá tiveram um índice igual, porém taxas de suicídio diferente. Nas RA's que obtiveram as maiores incidências de suicídio no período, os índices de Gini mostram se numericamente próximos, sendo a RA I – Brasília a que tem um índice menor, o que demonstra uma maior distribuição de renda.O índice de Gini não representou relação direta nos anos escolhidos, mas um importante destaque para análise são que as sociedades mais igualitárias compartilham

uma característica comum, de maior coesão social, a saúde como produzida socialmente mostra algumas formas de organização social mais saudáveis que outras (BARATA, 2009). Assim é necessário buscar possíveis relações que possam estudar o complexo fenômeno do suicídio, no próximo capítulo será analisado o padrão espacial do suicídio no DF.

Capítulo 06

O tempo somente é porque algo acontece, e onde algo acontece o tempo está.
Milton Santos, 1996.

6. A dinâmica do suicídio e suas variáveis socioeconômicas e culturais do Distrito Federal no período de 2000-2015.

Para permitir uma análise sobre o padrão espacial do suicídio no DF, o mapa de *kernel* foi escolhido como método para auxílio da análise. Este é um método estatístico de estimação de curvas de densidade, ou seja, consiste em uma representação da agregação de ocorrências geralmente pontuais - na presente pesquisa as ocorrências de suicídios. Assim, podem ser analisadas de uma melhor maneira através das áreas que possuem maior agregação sendo identificadas pelo mapa de calor. Quando existe uma concentração excessiva de pontos a análise visual pode ser prejudicada e a representação não fica limitada a áreas pré - definidas. Desta forma, os mapas de densidades foram aplicados na área do fato que ocorreu os suicídios no DF.

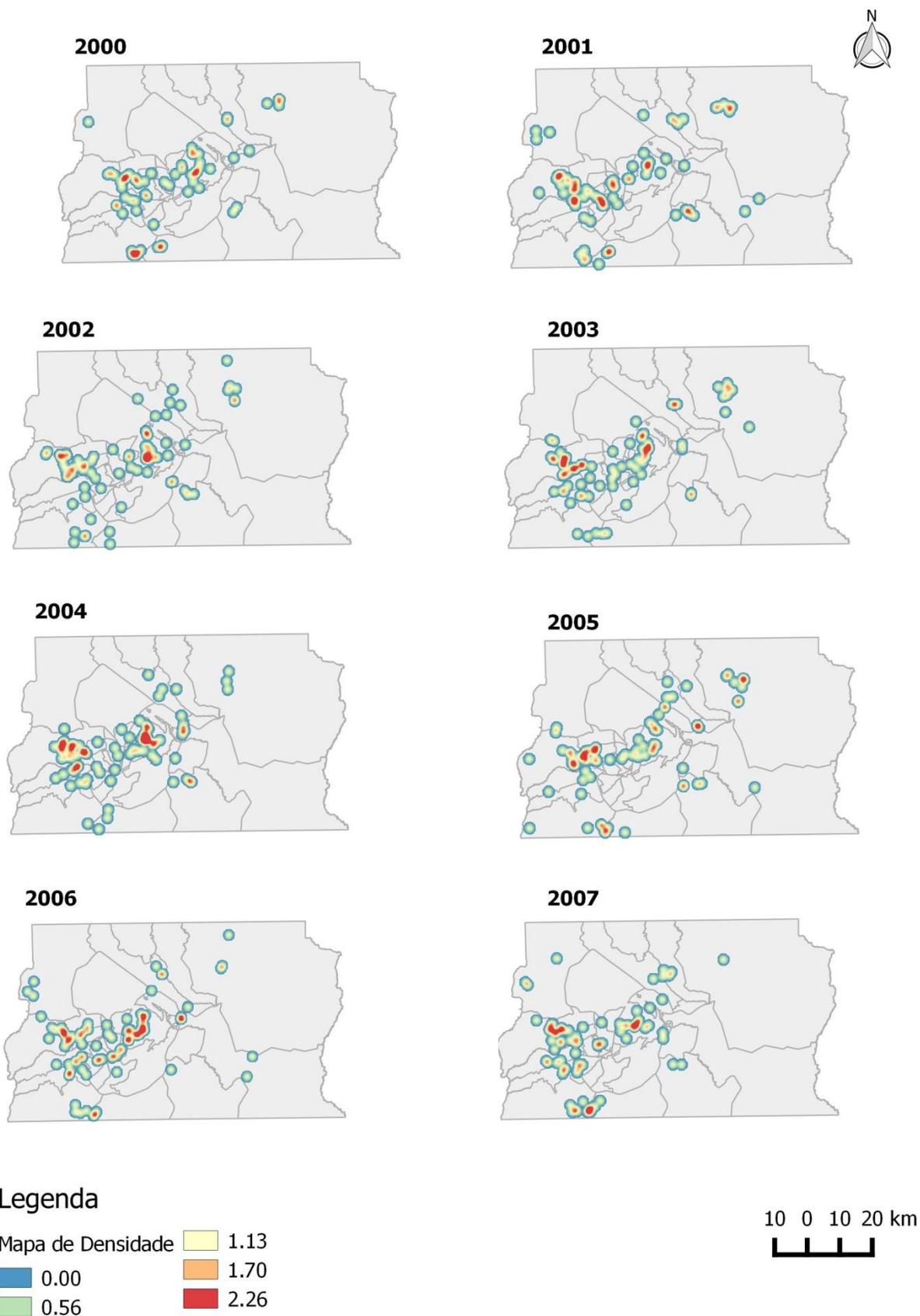
6.1 A densidade dos suicídios no período de 2000-2015

Durante o período dos anos de 2000-2015, o mapa de densidade de kernel foi utilizado em cada ano, com a finalidade de observar se existe uma mudança na concentração dos suicídios no DF. A construção dos mapas foram divididas em dois blocos a fim de analisar se há movimentação da densidade de ocorrências de suicídio pelas Regiões Administrativas do DF. Assim, no primeiro bloco foram divididas: as ocorrências e análises dos anos de 2000 até 2007, o segundo bloco mostra as ocorrências e análises dos anos de 2007 até 2015 e por fim, o quinto bloco que mostra a análise das ocorrências por todo o período de anos.

6.1.1 Bloco I – Mapa de densidade de suicídios no período de 2000-2007

No mapa 10 abaixo, foram analisados o período de 2000 até 2007, nesse período os locais onde ocorreram as maiores concentrações de suicídios foram nas RA's I Plano

Piloto, III Taguatinga, IX Ceilândia, II Gama, XIII Santa Maria, V Sobradinho e VII Paranoá, XX Águas Claras, XIV São Sebastião.



As diferenças de foco de ocorrência de suicídios observadas foram maiores no aumento da densidade de suicídio na RA VI de Planaltina, mantendo o mesmo padrão na Região IX Ceilândia, III Taguatinga e I Plano Piloto.

Ainda no período, a RA VI Planaltina e VII Paranoá tiveram uma diminuição na densidade de suicídios durante o período mais final dos anos analisados, as proximidades da RA II Gama e XIII Santa Maria tiveram um foco de concentração quase constante em todos os anos do período, e as maiores incidências foram na RA I-Plano Piloto, IX Ceilândia e III Taguatinga. Nos anos de 2004 há uma maior densidade também nas proximidades do RA XVIII Lago Norte e da RA XXVIII Itapoã para uma menor concentração na RA IX Ceilândia e um aumento na densidade na RA II Taguatinga.

6.1.2 Bloco II – Mapa de densidade de suicídios no período de 2008-2015.

Assim no Bloco II, há uma diminuição na densidade de suicídio na RA VI Planaltina ao longo do período. No ano de 2008, a RA I Plano Piloto não apareceu com densidade de suicídio, mas nos anos posteriores houve maior concentração, foram constantes as maiores densidades nas RA's III Taguatinga, IX Ceilândia e RA XVII Riacho Fundo.

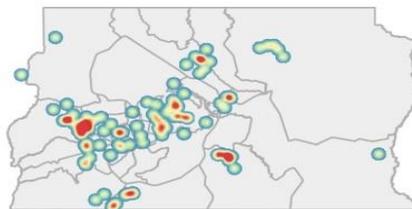
No período final analisado, percebe-se uma maior densidade do mapa de densidade, com um aumento nas RA's II Gama e XIII Santa Maria em todo o período. Na região IX Ceilândia houve uma grande concentração no ano de 2013, diminuindo no ano de 2015, onde o maior foco foi na RA III Taguatinga e na RA XX Águas Claras, ocorreu densidade também na RA XXVIII Itapoã e RA XVIII Lago Norte.



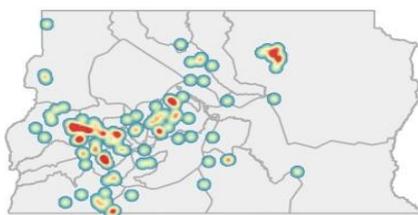
2008



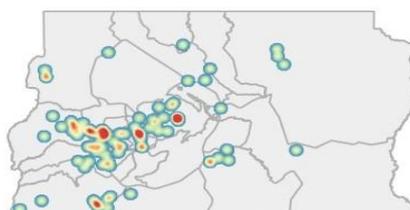
2009



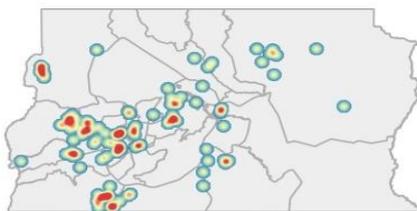
2010



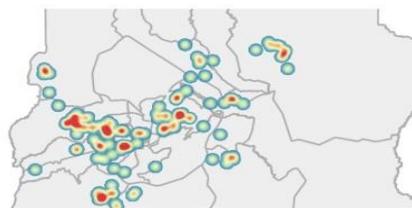
2011



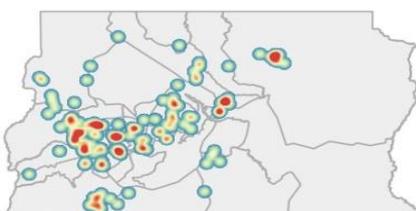
2012



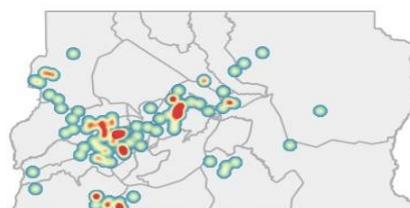
2013



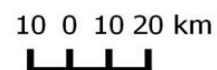
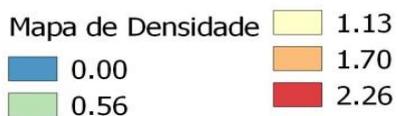
2014



2015



Legenda

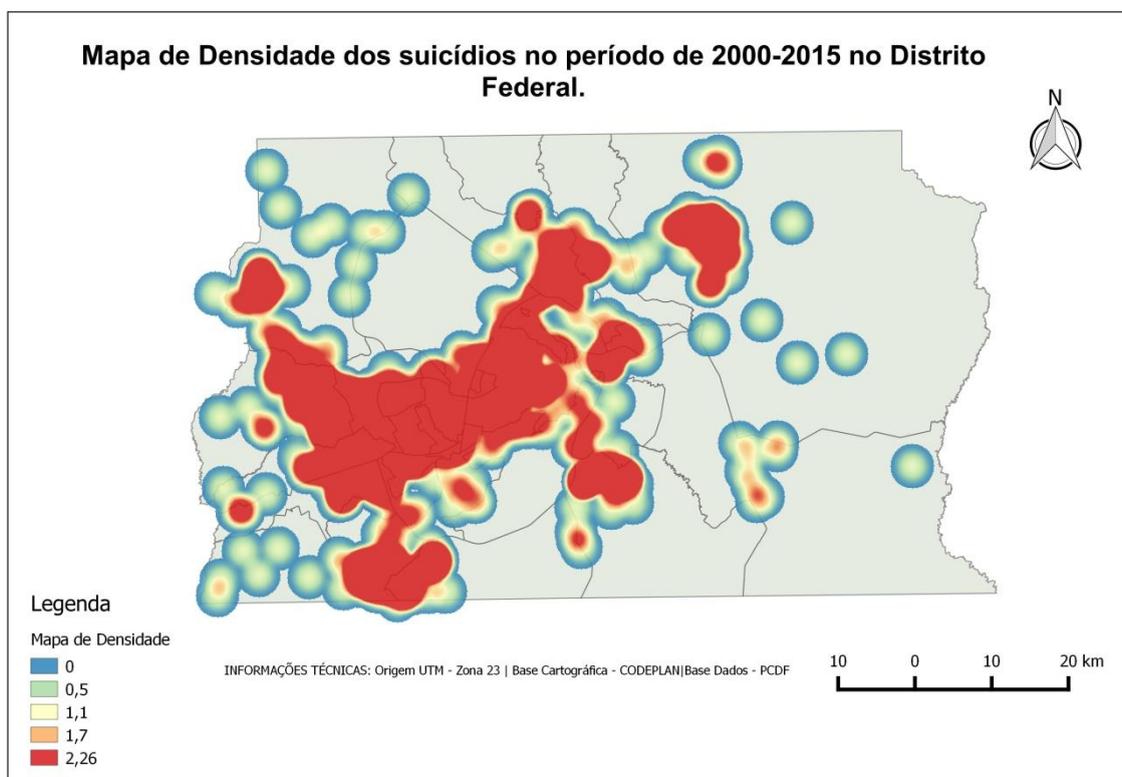


Assim, a maior concentração da densidade de suicídios seguiu onde a área é mais urbanizada. Porém ocorreram óbitos que não estão na área da ocupação urbana. Os anos finais, depois de 2010 tiveram um crescimento na mancha de densidade de suicídio, mostrando um aumento das ocorrências.

6.2 Mapa de densidade de suicídios no período de 2000-2015 no Distrito Federal.

O estimador Kernel, avalia os eventos tendo o ponto como unidade de análise. Levando-se em conta que o dado populacional é agrupado a unidade mínima oficial de agrupamento é o setor censitário, ao atribuir-se ao centróide dessa região o dado populacional conhecido, tem-se a possibilidade de estimar a intensidade dessa população através de uma função Kernel se adequando a população e a análise da densidade.

MAPA 12 – Mapa de densidade dos suicídios no período 2000-2015.



FONTE: Elaboração própria. .

Analisando o mapa 12 de densidade dos suicídios no período de 2000-2015 as RA's onde tiveram focos mais pontuais foram: Planaltina, Gama, Santa Maria,

Brazlândia, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, além de Sobradinho e Sobradinho II.

A maior concentração se estende da RA I Plano Piloto, passa na RA XXIII Varjão, RA XVIII Lago Norte, RA XXII Sudoeste/Octogonal, RA X Guará, RA XIX Candangolândia, RA VIII Núcleo Bandeirante, RA XVII Riacho Fundo, RA XX Águas Claras, RA XXX Vicente Pires, RA III Taguatinga, RA XV Recanto das Emas, RA XII Samambaia e uma grande parte da RA IX Ceilândia que são as áreas que estão inseridas na ocupação urbana.

Nos anos finais, além do aumento da densidade dos locais do suicídio no Distrito Federal, São Sebastião obteve um foco de densidade, um considerável aumento na quantidade de ocorrências.

6.3 A dinâmica do suicídio no Distrito Federal no período 2000-2015.

Os mapas de densidade, que permitem uma análise de eventos pontuais e se sua concentração de ocorrências é significativa, mostrou na presente pesquisa que os locais de ocorrência do suicídio, têm uma maior densidade próximo da Região Centro-Sul, Oeste, Sudoeste e Sul do Distrito Federal, onde é também a mancha urbana do DF. Essa parte é composta por RA's de diferentes datas de criação, diferentes serviços, aspectos culturais e socioeconômicos, e corresponde a área urbanizada do Distrito Federal. Assim é importante ponderar que observar o DF como um todo demonstra que a desigualdade em saúde ocorre também no interior das regiões. Portanto é importante considerar que as variáveis quando analisadas em escala menores devem levar em consideração não somente o espaço. Outras variáveis podem ter uma relação mais forte com o fenômeno dentro das suas respectivas RA's, como gênero, ocupação, faixa etária, entre outras consideradas no perfil epidemiológico da presente pesquisa. O que tem se observado é que cada vez mais as pessoas têm buscado no suicídio uma alternativa para dar um fim na sua dor (FENSTERSEIFEIR et all., 2006).

Esse aumento do número de suicídios pode ser uma expressão da organização atual, onde o homem não se sente mais feliz nessa sociedade pós-moderna (Timbó, 2006). Fensterseifer (2006) ainda explica que é justamente por isso que alguns autores ressaltam ser equivocado pensar o suicídio apenas como um representante de uma

patologia individual, um agudo sofrimento psíquico ou mesmo pensar que os indivíduos que têm o pensamento de suicídio são raridades ou constituem focos isolados.

A sociedade em que vivemos não é isenta de significados e conflitos de várias identidades culturais, muitas vezes se busca saídas e defesas para esse mal estar na nossa sociedade, assim a incerteza, o não ter controle do seu tempo para suas necessidades acaba afetando os indivíduos. Cassorla (2004) enfatiza que o suicídio se mostra como o ápice da audestruição dos sujeitos, mostrando o fracasso de uma vida na modernidade, onde não se acha ou se aceita lugares na sociedade, sendo assim um espaço difícil de viver.

Considerações sobre o Estimador de Kernel utilizado na pesquisa.

A escolha do raio utilizado para gerar os mapas de calor é de extrema relevância na estimativa da densidade dos eventos e tem relação com o objetivo do estudo. Por exemplo, se o objetivo é áreas locais com pouca abrangência, são utilizados menores valores do raio. Na presente pesquisa o raio utilizado foi igual a 2000 m.

Para o cálculo do estimador Kernel, o pesquisador pode utilizar valores de τ diferenciados produzindo variações de intensidade até encontrar o padrão que melhor se adapte à região estudada refletindo a densidade local dos eventos (BAILEY et all., 1995).

7. Conclusão

Na presente pesquisa, se buscou analisar a existência de um padrão espacial da distribuição das ocorrências de mortalidade por suicídio no Distrito Federal no período de 2000-2015 e verificar se existe relação com variáveis sócio-econômicas-culturais das diferentes Regiões Administrativas do Distrito Federal - DF, através de técnicas de geoprocessamento.

Para responder o objetivo principal foram seguidos os seguintes passos: caracterizar o suicídio no período de 2000-2015 no Distrito Federal por Região Administrativa, faixa etária, gênero, causa morte e ocupação/cargo; e identificar a densidade de suicídio nas Regiões Administrativas do Distrito Federal por meio de mapa de densidade de Kernel, além de analisar geograficamente a dinâmica do suicídio e suas variáveis socioeconômicas e culturais do Distrito Federal no período de 2000-2015, foi realizada uma revisão da literatura que trabalhou os conceitos de suicídio e seus fatores determinantes, geografia da saúde e suas categorias analíticas, determinantes sociais da saúde e sua relação com os demais fatores socioeconômicos.

Os dados utilizados na pesquisa foram disponibilizados pela GIASS- secretaria da saúde SESDF, e pela PCDF. Esses dados foram tratados e agrupados de acordo com os códigos existentes do Ministério da Saúde e também foram criadas categorias através da maioria das suas ocorrências, no caso do cargo/ocupação. Os dados das duas fontes foram comparados, por se entender a importância da fonte para o desenvolvimento do estudo. Os dados sócio econômicos culturais e geográficos escolhidos para análise se basearam nas pesquisas da CODEPLAN - Síntese de Informações Socioeconômicas, 2014 e os PDAD feitos nos anos de 2015/2016. Esses dados qualitativos e quantitativos foram escolhidos por se entender que trazem um perfil das características das RA's usando a mesma metodologia, e dados que sugerem uma análise socioeconômica geográfica.

Ainda sobre os dados, há também os desafios da pesquisa como: subnotificação, as diferenças das ocorrências nas bases, bem como a falta de dados demográficos no DF durante a maioria dos anos trabalhados na pesquisa foram limitações. A não delimitação oficial das RA's também atuam como um desafio para pesquisa, visto que muitas ocorrências de suicídios podem ter informações diferenciadas sobre sua localização e a

área de abrangência, já que áreas próximas fisicamente no DF nem sempre correspondem as mesmas RA's.

Assim, com a disponibilidade dos dados e com os desafios da pesquisa levados em consideração, foi traçado um perfil do suicídio durante o período dos anos de 2000-2015, esse perfil foi caracterizado como a maioria do gênero masculino, sobrepondo-se três a quatro vezes mais que no gênero feminino. Os jovens também são maioria nas ocorrências de óbitos por suicídio, o meio utilizado na maioria dos casos é o enforcamento na própria residência, e os desempregados, estudantes, aposentados e a área de segurança – policiais e militares tem maior expressividade nos óbitos por suicídio no Distrito Federal no período estudado. A maior parte dos suicídios na região foram cometidos na parte urbanizada. Esse perfil foi em consonância com a literatura, sendo um resultado que vai ao encontro dos dados a nível local e mundial, muito ainda, a literatura não tenha uma vasta produção sobre os fatores que podem explicar sociologicamente e fenomenologicamente o porquê desses resultados.

Assim, esses resultados se tornam importante ferramenta para uma análise do fenômeno suicídio, pois a relação entre esse perfil mostra que existem várias questões a serem problematizadas, bem como o porquê os jovens permanecem como uma população que está mais vulnerável ao suicídio? A maior parte da ocorrência de suicídio estar em ocupação urbana se deve a lógica de ocupação do território e/ou um modo de vida urbano? A ocupação/cargo se relaciona com diferenciações sociais atribuídas a empregos na sociedade?

Porém, importante destacar que todos os fenômenos na área da saúde – bem como o nascer, as doenças, entre outros, são materializados em pessoas. E essas não estão distribuídas de uma forma aleatória no espaço. Essa distribuição é determinada por fatores culturais históricos, socioeconômicos. Assim, ao se pesquisar eventos que ocorrem na área da saúde, principalmente com registros de óbitos e/ou doenças são imperativos que seja analisado a relação desse evento com o seu local de ocorrência, entendendo que as pessoas produzem e são produzidas pelo espaço em que vivem.

Na análise por taxas de 100.000 habitantes pode só ser efetivada com os anos nos quais existem a disponibilidade dos dados demográficos referente a cada Região Administrativa, que foram os anos de 2004, 2010 e 2013, as taxas foram uma importante ferramenta para se analisar a distribuição mais precisa das ocorrências de suicídio e foram relacionadas com o índice de gini oriundo das pesquisas da

CODEPLAN, assim as taxas de suicídio foram altas em regiões com maiores desigualdades sociais, bem como a RA I Brasília obteve uma alta taxa apesar de um menor número de gini, segundo o índice de gini as RA's ficaram numericamente próximas em suas Taxas e índices.

No DF, a escolha pelo uso dos mapas de densidade mostrou no local de ocorrência dos suicídios uma densidade nas regiões mais ao Sudoeste do DF, essas mesmas também mostraram uma relação positiva com a localização dos serviços de saúde - CAPS. Essas áreas são também a parte mais urbanizada da região. As Regiões Administrativas que fizeram parte do padrão espacial são singulares, cada uma com seus contextos socioeconômicos e culturais diferenciados.

A hipótese da presente pesquisa de que há relação entre os números de suicídio e sua distribuição local, no caso as Regiões Administrativas, mostrou que o espaço por si só não é explicativo porque as RA's registraram e registram diferentes ocorrências de suicídios que não necessariamente estão atreladas a seu limite territorial. Á nível global é mais preciso compreender essas diferenças, visto que um país carrega mais similaridades em relação aos seus aspectos socioeconômicos e culturais como um todo, até na escala de regiões no Brasil é mais possível entender as diferenças, porém em escalas menores, como no DF, é necessário entender que esse espaço vai atuar mais como um auxiliar para o planejamento da localização de serviços para uma melhor gestão, ou seja, a partir das análises espaciais, como a presente pesquisa é possível apreender os espaços que necessitam de mais ações que possam ajudar o cenário da saúde mental no DF e, por conseguinte apoiar políticas públicas que busquem o enfrentamento das situações vulneráveis em relação ao suicídio no território.

Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes. Assim, na relação do suicídio com as RA's nos locais de ocorrência, nos mostram que suas ocorrências no território podem ser referentes, tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no qual um sujeito se sente em casa (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 323).

Por fim, é importante entender que os lugares e sua história de afetos, vivência e cotidiano mostram nas relações de pertencimento e identidade que os locais podem sim influenciar na relação da saúde mental. O suicídio como um fenômeno que só cresce na contemporaneidade merece uma atenção especial, pois é importante compreender o território a partir de uma articulação entre os sentidos: etiológico, subjetivo, sociológico

e geográfico do conceito, como um agenciamento entre seres, fluxos e matérias (HAESBAERT; BRUCE, 2002).

Esse estudo pretende contribuir para estudos ligados à temática de saúde mental, suicídio, geografia, geografia da saúde no DF e em outras regiões, além de auxiliar na análise de dados a partir do mapeamento das ocorrências de suicídio para posteriores criações de políticas públicas que busquem reduzir os números de suicídio na região.

8. Referências Bibliográficas

- ALCÂNTARA, Igor et al. Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. Rev. de Psiquiatria, Rio Grande do Sul, p. 22-32, abr. 2003
- ALMEIDA, S. A. de, GUEDES, P. M. M., Nogueira, J. de A., França, U. de L., & Silva, A. C. de O. (2009). Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa- PB. Revista Eletrônica de Enfermagem, 11(2),383-389.
- ANSELIN, L., Local Indicators of Spatial Association – LISA. In: Geographical Analysis, Vol. 27, No. 2 (April 1994)
- ANTONIO, R. et. al Transtorno depressivo. IN: ABREU, C. N. Síndromes psiquiátricas – diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- ARON, Raymond. As etapas do pensamento sociológico. Tradução Sérgio Bath. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- ASSUMPÇÃO, M. Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx. Rev. latinoam. psicopatol. fundam.[online]. 2009, vol.12, n.4, pp.698-713. ISSN 1415-4714. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142009000400006>.
- BAILEY T. Spatial statistics methods in health. Cad Saúde Pública 2001; 17:1083-98.
- BAILEY, T.; Gatrell, A. "Interactive Spatial Data Analysis". London, Longman Scientific and Technical, 1995. Livros de Apoio. Ministério da Saúde - SVS – 2007
- BAUMAN. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.2001
- BAUMAN (Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar,2004.
- BAPTISTA, M. N. Suicídio e depressão: atualizações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- BARATA, RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection.
- BARCELLOS,C.,BASTOS,F. (1996) Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? Cadernos de Saúde Pública, 12(3):389-397
- BARCELLOS, Christovam et al. Espaço geográfico e Epidemiologia. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Abordagens espaciais na saúde pública. Brasília, DF, 2006.
- BERLOTE J. M. (2012). O suicídio e sua prevenção. São Paulo, SP: Ed. Unesp.
- BERLOTE J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. World Psychiatry, 1, 181-185

BERLOTE J. M., Fleischmann, A., Butchart, A., & Besbelli, N. (2006). Suicide, suicide attempts and pesticides: A major hidden public health problem. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(4), 260.

BIRMAN J. (2003). *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira

BOTEGA, N. J. Suicídio e tentativa de suicídio. In: LAFER, B. et al. (Ed.). *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2000. cap. 16, p. 157-165.

BOTEGA N.J. et al. Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37, Porto Alegre (2006).

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1442/1130>.

BOTEGA J. N. *Prática psiquiátrica no hospital geral: Inter consulta e emergência*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BOTEGA, N. J., Marín-León, L., Oliveira, H. B., Barros, M. B., Silva, V. F., & Dalgalarrodo. P. (2009). Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio: um inquérito populacional em Campinas SP. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2632-2638.

BOTEGA, N. J., Silveira, I. U., & Mauro, M. L. F. (2010). *Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio*. Rio de Janeiro, RJ: ABP.

BOTEGA, N. J., Cais, C. F. S., & Rapeli, C. B. (2012). Comportamento suicida. In N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp. 335-355). Porto Alegre, RS: Artmed.

BOTEGA, Neury Jose. *Crise Suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BORTOLOZZI, Arlêude. FARIA, Rivaldo; *Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil*. Curitiba, RA' EGA: O espaço geográfico em análise, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio*. Portaria n 1.876 de 14 de agosto de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana de Saúde, UNICAMP. *Prevenção do suicídio: Manual de prevenção do suicídio para profissionais da atenção básica*. Brasília: MS; 2009

BRASIL. Ministério da Saúde, 2005. <http://www.saude.gov.br>;

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: OMS 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 38 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL, Vol 1 - Abordagens Espaciais em Saúde Pública. Vol 2. - Sistemas de Informação Geográfica e Análise Espacial na Saúde Pública · Vol 3. –

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRITO, Alexandre dos Santos. Estresse e acidentes no trabalho: um estudo pró-saúde. Rio de Janeiro, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori and PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [online]. 2007, vol.17, n.1, pp.77-93

CÂMARA, Gilberto; MEDEIROS, José Simeão de; MONTEIRO, Antonio Miguel Vieira; MEDEIROS, José Simeão de. Representações Computacionais do Espaço: Fundamentos Epistemológicos da Ciência da Geoinformação. *Geografia (Rio Claro)*, Rio Claro, v. 28, p. 83-96, 2003.

CÂMARA G, CARVALHO MS, Cruz OG, Correia V. Análise espacial de áreas. In: Druck S, Carvalho MS, Câmara G, Monteiro AMV, editores. *Análise espacial de dados geográficos*. São Paulo: Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais; 2002. p. 1-32.

CÂMARA VM.(2003) Considerações sobre o uso da epidemiologia nos estudos em saúde ambiental. In: *Revista Brasileira de Epidemiologia (NESC/CCS/UFRJ)*, pp. 95-104, Rio de Janeiro: ABRASCO.

CANETTO S, SAKINOFSKY I, The Gender Paradox in Suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior* 28-23, 1998.

Canguilhem, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CASTAÑEDA, M. *A experiência homossexual: explicações e conselhos para os homossexuais, suas famílias e seus terapeutas*. São Paulo: A Girafa, 2007.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis, 1998.

CASSORLA, R. M. S. O que é suicídio. Editora Brasiliense. Coleção primeiros passos. São Paulo, 1984.

CASSORLA, R. M. S. O que é suicídio. São Paulo: Abril Cultural, 1985. 101 p.

CASSORLA, R. M. S. (2004). Comportamento suicida. In B. G. Werlang, & N. J. Botega. Suicídio e autodestruição humana. (pp. 21-33). Porto Alegre: Artmed

CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2015-2016. Brasília, Governo do Distrito Federal, 2016.

CODEPLAN. Síntese de Informações Socioeconômicas. Brasília, Governo do Distrito Federal, 2014.
http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/df_em_sintese/Sintese_de_Informacoes_Socioeconomicas_2014.pdf

CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2006. Brasília, Governo do Distrito Federal, 2005.

COSTA, D.C. (org) et al. Epidemiologia: Teoria e Objeto. Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 2002.

COSTA, R. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar in AMARANTE, P. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2000.

COSTA, M. T; TEIXEIRA, Maria L. C .A concepção de “espaço” investigação epidemiológica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 271-279, 1999.

CROMLEY EK, MCLAFFERTY SL, 2002. GIS and Public Health. 1 ed. The Guilford Press, New York, 340 pp.

COUTINHO, M. P. L., & Saldanha, A. A. W. (2005). Representações sociais e práticas de pesquisa. João Pessoa: Editora Universitária / UFPB.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de (Orgs.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. – 2.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2008.

DIAS, M. L. Suicídio testemunho de adeus. 1 ed, São Paulo: Editora Brasiliense 1991.

DRUCK, S.; Carvalho, M.S.; Câmara, G.; Monteiro, A.V.M. (eds) "Análise Espacial de Dados Geográficos". Brasília, EMBRAPA, 2004 (ISBN: 85-7383-260-6).

DUTRA, E. Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In: HUTZ, C. S. Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. Porto alegre: Casa do Psicólogo, 2002.

DURKHEIM, E. O suicídio. São Paulo: Martin Claret, 2003.

ERTHAL, R. M. C., 1998. O Suicídio Tikúna na Região do Alto Solimões – AM. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

FARIA, N. M. X. et al. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha, Brasil. Rev.Saúde Públ., v. 33, p. 391-400, 1999

FARIA RM, BORTOLOZZI A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. R RA'EGA;(7):31-41, 2009.

FEIJÓ, M. Suicídio entre a razão e a loucura. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

FERREIRA v. 6, n. 1 (2015): Periódico Científico Projeção, Direito e Sociedade. v.6, n.1, 2015 A IMPORTÂNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL RESUMO PDF PDF

Alexandre Batista Ferreira, Kesia Miriam Santos de Araújo

FENSTERSEIFER, L., & Werlang, B. S. G. (2006, outubro/dezembro). Comportamentos autodestrutivos, subprodutos da pós-modernidade? Psicol. Argum., Curitiba 24 (47), 35-44

FONTENELLE, P. Suicídio: o futuro interrompido: guia para sobreviventes. São Paulo: Geração Editorial, 2008

FRÉMONT, A. La région, espace vécu. Paris: Presses Universitaires de France, 1976. http://www.persee.fr/doc/noroi_0029-182x_1977_num_93_1_3564_t1_0118_0000_2

GIBSON, P. L. C. S. W. Gay male and lesbian youth suicide. In: REMAFEDI, G. Death by denial. Studies of suicide in gay and lesbian teenagers. Boston, Massachusetts: Alyson Publications, 1989. p. 15-68.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GOLDBERG, J. I. Reabilitação como processo – O Centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.) Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996, p.33-47

GOMES, P. C. C. A condição urbana: ensaios de geopolítica da cidade. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.

- GOMES, P. C. C. Geografia fim de siècle: o discurso sobre a ordem espacial do mundo e o fim das ilusões. In: CASTRO, I. E. e CORRÊA, R. L. (Orgs.). Explorações geográficas. Rio de Janeiro: Bertrand, 1997.
- GONÇALVES, Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional, 2011.
- GOTSENS, M, Mari-Dell'Olmo, M., Rodríguez-Sanz, M., Martos, D., Espelt, A., Pérez, G.,... Borrell, C. (2011). Validation of the underlying cause of death in medicolegal deaths. Revista Espanhola de Salud Publica
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.
- HAAS, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., et al. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. Journal of Homosexuality, 58(1), 10-51.
- HARVEY, David. Espaços de esperança. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela.
- HAESBAERT, R.; BRUCE, G. A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. GEOgraphia, Niterói, v. 4, n. 7, 2002. <<http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/>
- HOLZER, W. O lugar na geografia humanista. IN: Revista Território. Rio de Janeiro: LAGET, UFRJ, ano IV, 1999.
- IPEA, Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. – Brasília: IPEA, 2015. 77 p.: gráfs., mapas color
- JUNQUEIRA, R. D. Geografia médica e geografia da saúde. Hygeia, 5(8):57-91, jun, 2009
- KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamin J; GREBB, Jack A. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7 ed. Porto Alegre, Artmed, 1997.p.753.
- KISHI, K. Suicídio: um tabu que acarreta as deficiências brasileiras na prevenção. SciELO em Perspectiva: Humanas. <http://humanas.blog.scielo.org/blog/2015/03/30/suicidio-um-tabu-que-acarreta-as-deficiencias-brasileiras-na-prevencao/>
- KÓVACS, M. J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LA BLACHE, Vidal de (P.), LE PRINCIPE DE LA GEOGRAPHIE GENERALE, in Annales de géographie, 5 (20)- Tradução de Odete Sandrini Mayer <http://ivairr.sites.uol.com.br/lablace.htm> (site de transcrição de textos originais).

LIMA, Maria da Glória; SILVA, Graciete Borges da. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n. 5, p. 591-595, set./out. 2004. <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a15v57n5.pdf>>

LINS, C. E. et. al. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. (2006). <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psyche/v10n18/v10n18a15.pdf>;

LOPES-CARDOSO, Álvaro (1986), O Direito de Morrer. Suicídio e Eutanásia. Mem Martins: Publicações Europa-América. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 12, n. 4, p. 698-713, dezembro 2009 Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx Marta M. Assumpção Rodrigues

LOPES, F. H. Medicina, educação e gênero:... Educar, Curitiba, n. 29, p. 241-257, 2007. Editora UFPR. 242.

LOUZÃ N. MARIO R. HELIO E. Psiquiatria básica. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MARX, k (2006) Sobre o suicídio. São Paulo: Boitempo Editorial

MARÍN L., OLIVEIRA, H. B., & BOTEGA, N. J. (2012). Suicide in Brazil, 2004–2010: The importance of small counties. Revista Panamericana de Salud Publica, 32(5), 351–359.

MACENTE L, ZANDONADE E. Spatial distribution of suicide incidence rates in municipalities in the state of Espírito Santo (Brazil), 2003-2007: spatial analysis to identify risk areas. Rev Bras Psiquiatr. 2012;34:[ePub ahead of print].

MACHADO, D.M “A Desconstrução do Manicômio Interno como Determinante para a Inclusão Social da Pessoa em Sofrimento Mental” Dissertação de Mestrado, programa de pós-graduação em ciências da saúde, Universidade Brasília, 2006.

MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento: I – mortes por causas naturais. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.5, n. 2, p. 197-201, 2002.

MENDES E. V. A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário, Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10, p. 7-19, Brasília, 1993.

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

MINAYO, M. C. S; CAVALCANTE, F. G; SOUZA, E. R. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 8, p. 1587-1596, 2006.

- MINAYO, M. C. S. et al. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980 – 2006. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 2, p. 300-3009, 2012.
- MINAYO, M. C. S.; MENEGHEL, S. N.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10, p. 2665-2674, 2012.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, nº4, vol 44, pp 750-757. 2010.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; MENEGHEL, Stella Nazareth; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio de homens idosos no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, nº10, vol17, pp 2665- 2674.2012.
- MOTA, Adeir Archanjo Da. Suicídio no Brasil e os contextos geográficos: contribuições para política pública de saúde mental / Adeir Archanjo da Mota. - Presidente Prudente: 2014
- MONKEN M, 2003. Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde, Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- MONKEN, M. Contexto, território e o processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: BARCELLOS, C (Org.). *A Geografia e Contexto dos Problemas de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO/ ICICT/EPSJV, 2008. p. 141-164 (Saúde e Movimento; n. 6)
- NIERENBERG AA, Gray SM, Grandin LD. Mood disorders and suicide. *J Clin Psychiatry* 2001; 62Suppl. 25: 27–30
- NUNES, E.D. O suicídio reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7-34, jan-mar. 1998
- ODDONE, H. R. B. Suicídio e psicoterapia – uma visão gestáltica, 2005. <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epp/v5n1/v5n1a13.pdf>;
- OLIVEIRA, I. R.; LIMA, P. A. P. Utilidades e limitações do uso de diretrizes no tratamento da depressão. São Paulo, 2003 *Revista brasileira de psiquiatria*.
- ORELLANO, Miguel H. Trabajo, desocupación y suicidio: efectos psicosociales del desempleo. Buenos Aires: Lumem; Humanitas, 2005. 152 p
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: World health Organization – Banco de dados- Relatório sobre suicídio, 2000 e 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: OMS; 2002

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE Primeiro Relatório Prevenindo suicídio, 2014.

PAIM, JS. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde. In: Barata RB (Org.), Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: Ed.ABRASCO; 1997. p. 7-30.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYLROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). Epidemiologia e Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 489-503.

PAIM JS. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: Ed. CEPS-ISC; 2002.

PAIM, js. Curso de Psicopatologia. São Paulo: EPU, 1993.

PASSOS, Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária/ Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010 200p.

PAVIANI, A. (1996): “A realidade da metrópole: mudança ou transformação na cidade”, In

PAVIANI, Aldo (org.) Brasília: Moradia e Exclusão. Brasília, Ed. UnB. 2005 Editoras: Universidade de Brasília Unb

PAVIANI, A. (Org.). Brasília, ideologia e realidade: o espaço urbano em questão. Brasília: A metrópole terciária. UnB, 2010

PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007.

PINA, MF; SANTOS, SM dos (orgs.). Conceitos básicos de Sistemas de Informações Geográficas e Cartografia aplicados à saúde. Brasília: Organização Panamericana de Saúde/Ministério da Saúde, 2000

PINTO, L. WERNERSBACH et al. Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, nº 8, vol 17, pp 2003-2009. 2012.

PINTO, L. WERNERSBACH et al. Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, nº 8,vol 17, pp 1973-1981. 2012

PIOVESAN,A. TEMPORINI, R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo – Brasil.1995

PIRES, D. X.; CALDAS, E. D.; RECENA, M. C. P. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, p. 598-605, 2005.

REMAFEDI, Remafedi G 1991. Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics* 87:869-875

ROJAS, Luisa Iñiguez. Geografía y salud: temas y perspectivas en América latina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, 1998.

SABROZA, P. C. Concepções de saúde e doença. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004.

SANTOS, Milton. *Por Uma Outra Globalização: do Pensamento Único a Uma Consciência Universal*. 6ªEd. Rio de Janeiro: Record, 2007.

SANTOS, Milton e SILVEIRA, Maria Laura. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2008

SANTOS, Milton. *Por uma geografia nova, Da Crítica da Geografia a uma Geografia Crítica*. São Paulo: Edusp, 2002.

SANTOS, M. O Retorno do Território. In. SANTOS, m. SOUZA, M. A. de E SILVEIRA, M. L. (org.) *Território: globalização e fragmentação*. 2ªed. São Paulo: HUCITEC, 1986.

SANTOS M, 1996. *A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção*. São Paulo: Hucitec.

SANTOS, M. *Por uma Geografia Nova*. São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978.

SAMAJA, Juan. Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología "Miltoniana"). *Revista brasileira de epidemiologia*, São Paulo, v. 6, n. 2, 2003.

SEGAL, Jair. Aspectos genéticos do comportamento suicida. Tese de Doutorado na Universidade F. do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-graduação em ciências médicas psiquiátrica. Porto Alegre, 2009.

SORRE, M. A noção de gênero de vida e sua evolução. In: MEGALE, J. F. (Org.) *Max.Sorre: Geografia*, Rio de Janeiro: Editora Ática: 99-123 (1984).

SORRE. M. A Geografia Humana. In: *GEOgraphia*. Vol. 5, No 10, 2003, p.137-143. <<http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/view/133/130>>.

SORRE, M. Complexes patogènes et géographie médicale. *Annales de géographie*, Paris, no. 235, jan. 1933, pp. 1-18.

SORRE, M. Fundamentos biológicos de la geografia humana. Barcelona: Editorial Juventud, 1955.

SOUZA, V. dos S., Alves, M. da S., Silva, L. A., Lino, D. C. S. F., Nery, A. A., & Casotti, C. A. (2011). Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4),294-300.

TIMBÓ, F. G. M. (2006). Por que os adolescentes tentam suicídio? Explicações a partir de dois casos em Ipueiras – CE.

<http://www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia/downloads/monografia/mental/goncalina-suicidio.pdf>

TEIXEIRA-FILHO, F. S.; MARRETTO, C. A. R. "Apontamentos sobre o atentar contra a própria vida, homofobia e adolescências". *Revista de Psicologia da UNESP, Assis, SP*, v. 7, n. 1, 2008, p. 133-51.

TEIXEIRA-FILHO, F. S.; MARRETTO, C. A. R. Apontamentos sobre o atentar contra a própria vida, homofobia e adolescências". *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 7, n. 1, p. 133-51, 2008.

TUAN, Yi-Fu. Geografia Humanística. In: CHRISTOFOLETTI, Antonio. *Perspectivas da Geografia*. 2 ed. São Paulo: Difel, 1985, p. 143.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. Título: Josué de Castro e a Geografia da Fome no Brasil / Josué de Castro and The Geography of Hunger in Brazil,2008.

VIEIRA, K. F. L. COUTINHO, M. da P. de L. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. Universidade Federal da Paraíba, 2008.

http://www.cchla.ufpb.br/pos_psi/pdf/dissertacoes/kay_francis_leal_vieira_2008.pdf

VIGNOLLI, J. R. Vulnerabilidade sociodemográfica: antigos e novos riscos para a América Latina e o Caribe. In: CUNHA, J. M. P. (org). *Novas Metrôpoles Paulistas: População*,

WERLANG, B. S. G. et al, Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology – 2004*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

WAISELFISZ, J. J. (2014). Os jovens do Brasil: Mapa da violência 2014. Brasília. <http://www.juventude.gov.br/juventudeviva>

World Health Organization (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 31-38. Recuperado em 28 de maio, 2012, de <<http://www.who.int/bulletin>.

_____. Prevention of suicide. Geneva: WHO, 1968. Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10^a revision. Geneva: WHO Press, 1992.

_____. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Geneva: WHO Press, 1993.

_____. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Geneva: WHO Press, 2000.

_____. The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, Geneva: WHO Press/New Hope, 2001.

_____. Suicide and suicide preventive in Asia. Geneva: WHO Press, 2008.

_____. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: WHO Press, 2010.

_____. Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011.

_____. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva: WHO Press, 2012b.

Sítios:

<http://www.dpi.inpe.br/gilberto/livro/analise/>

www.saude.df.gov.br/

<http://www.sedhab.df.gov.br/>

<http://www.codeplan.df.gov.br/>

9. Anexos

9.1 Declaração de óbito do Ministério da Saúde (anexo 01)


República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Declaração de Óbito Nº **8049898**

I	Cantão	1. Cantão	Código	2. Registro	3. Lista
	II	Identificação	4. Município	5. UF	6. Cemitério
III	Residência	7. Tipo de Óbito	8. Óbito	9. Centro SUS	10. Naturalidade
	IV	Ocorrência	11. Nome do falecido	12. Nome do pai	13. Nome da mãe
V	Fetal ou menor de 1 ano	14. Data de Nascimento	15. Idade	16. Sexo	17. Raça/por
	VI	Condições e causas do óbito	18. Estado civil	19. Escolaridade	20. Ocupação habitual e ramo da atividade
VII	Médico	21. Logradouro	22. CEP	23. Bairro/Distrito	24. Município de residência
	VIII	Causas externas	25. UF	26. Local de ocorrência do óbito	27. Estabelecimento
IX	Local: Médico	28. Endereço de ocorrência, se fora de estabelecimento ou da residência	29. CEP	30. Bairro/Distrito	31. Município de ocorrência

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO

INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

32. Idade

33. Escolaridade (Em anos de estudo concluídos)

34. Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe

35. Número de filhos vivos (Deu à luz 9 anos anteriores) Nascidos vivos Mútuos

36. Duração da gestação (Em semanas)

37. Tipo de Gravidez

38. Tipo do parto

39. Morte em relação ao parto

40. Pêlo ao nascer

41. Num. do Docim. do Nascido Vivo

ÓBITOS EM MULHERES

42. A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?

43. A morte ocorreu durante o puerpério?

ASSISTÊNCIA MÉDICA

44. Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

45. Exame complementar?

46. Cirurgia?

47. Necropsia?

CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

48. Deseja ou estava indubitavelmente que causou diretamente a morte?

CAUSAS ANTICEDENTES listadas mortais, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica

PARTE II Outras condições contributivas que interferiram para a morte, e que não estavam, porém, na cadeia causal

Médico

49. Nome do médico

50. CRM

51. O médico que assinou atendeu ao falecido?

52. Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)

53. Data do atestado

54. Assinatura

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

55. Tipo

56. Acidente do trabalho

57. Fonte da informação

58. Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO

59. Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)

60. Código

IX

61. Declarante

62. Testemunhas

Versão 05/06-01

Via de Secretária de Saúde (branca); Cartório do Registro Civil (amarela); Unidade de Saúde (rosa)

Anexo 02**9.2 Comitê de ética**

RESOLUÇÃO No 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016 O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006, e considerando que a ética é uma construção humana, portanto histórica, social e cultural; considerando que a ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos; considerando que o agir ético do pesquisador demanda ação consciente e livre do participante; considerando que a pesquisa em ciências humanas e sociais exige respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, devendo ser concebida, avaliada e realizada de modo a prevenir e evitar possíveis danos aos participantes; considerando que as Ciências Humanas e Sociais têm especificidades nas suas concepções e práticas de pesquisa, na medida em que nelas prevalece uma acepção pluralista de ciência da qual decorre a adoção de múltiplas perspectivas teórico-metodológicas, bem como lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico; considerando que a relação pesquisador-participante se constrói continuamente no processo da pesquisa, podendo ser redefinida a qualquer momento no diálogo entre subjetividades, implicando reflexividade e construção de relações não hierárquicas; considerando os documentos que constituem os pilares do reconhecimento e da afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948 e a Declaração Interamericana de Direitos e Deveres Humanos, de 1948; considerando a existência do sistema dos Comitês de Ética em Pesquisa e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa; considerando que a Resolução 466/12, no artigo XIII.3, reconhece as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas, dadas suas particularidades; considerando que a produção científica deve implicar benefícios atuais ou potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna de vida a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado; considerando a importância de se construir um marco normativo claro, preciso e plenamente compreensível por todos os envolvidos nas atividades de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, resolve: Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. **Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: I – pesquisa de opinião pública com participantes não identificados; 2 II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011; III – pesquisa que utilize informações de domínio público; IV - pesquisa censitária; V - pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual; e VI - pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica; VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito; e VIII – atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização.**

ANEXO 03 –

9.3 Regiões Administrativas e suas leis de criação.

Regiões Administrativas Lei de Criação Data
RA I - Plano Piloto 4.545 10/12/1964
RA II - Gama 4.545 10/12/1964
RA III - Taguatinga 4.545 10/12/1964
RA IV - Brazlândia 4.545 10/12/1964
RA V - Sobradinho 4.545 10/12/1964
RA VI - Planaltina 4.545 10/12/1964
RA VII - Paranoá 4.545 10/12/1964
RA VIII - Núcleo Bandeirante 049 25/10/1989
RA IX - Ceilândia 049 25/10/1989
RA X - Guará 049 25/10/1989
RA XI - Cruzeiro 049 25/10/1989
RA XII - Samambaia 049 25/10/1989
RA XIII - Santa Maria 348 04/11/1992
RA XIV - São Sebastião 467 25/06/1993
RA XV - Recanto das Emas 510 28/07/1993
RA XVI - Lago Sul 643 10/01/1994
RA XVII - Riacho Fundo 620 15/12/1993
RA XVIII - Lago Norte 641 10/01/1994
RA XIX - Candangolândia 658 27/01/1994
RA XX - Águas Claras 3.153 06/05/2003
RA XXI - Riacho Fundo II 3.153 06/05/2003
RA XXII - Sudoeste/Octogonal 3.153 06/05/2003
RA XXIII - Varjão 3.153 06/05/2003
RA XXIV - Park Way 3.255 29/12/2003
RA XXV - SCIA (Estrutural)(1) 3.315 27/01/2004
RA XXVI - Sobradinho II 3.314 27/01/2004
RA XXVII - Jardim Botânico 3.435 31/08/2004
RA XXVIII - Itapoã 3.527 03/01/2005
RA XXIX - SIA(2) 3.618 14/07/2005
RA XXX - Vicente Pires 4.327 26/05/2009
RA XXXI - Fercal 4.745 29/01/2012