



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO TOCANTINS/CAMETÁ
FACULDADE DE GEOGRAFIA

AMAURY GONÇALVES SERRÃO

**PADRÕES ESPACIAIS DO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE CAMETÁ-PA: correlatos
e a capacidade de respostas dos serviços públicos**

CAMETÁ-PA

2021

AMAURY GONÇALVES SERRÃO

**PADRÕES ESPACIAIS DO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE CAMETÁ-PA, SEUS
CORRELATOS E A CAPACIDADE DE RESPOSTAS POR PARTE DOS SERVIÇOS
PÚBLICOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Geografia da Universidade
Federal do Pará/Campus de Cametá, como
requisito parcial para a obtenção do título de
Licenciatura em Geografia.

Orientador: Edir Augusto Dias Pereira

CAMETÁ-PA

2021

AMAURY GONÇALVES SERRÃO

**PADRÕES ESPACIAIS DO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE CAMETÁ-PA, SEUS
CORRELATOS E A CAPACIDADE DE RESPOSTAS POR PARTE DOS SERVIÇOS
PÚBLICOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Geografia da Universidade Federal do Pará/Campus de Cametá, como requisito parcial para a obtenção do título de Licenciatura em Geografia.

Aprovado em: 10/01/2022

Conceito: Excelente

Banca Examinadora:

Edir Augusto Dias Pereira - FAGEO/CUNTINS/UFPA
Orientador

Avaliador

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus. Agradeço a minha mãe Deusarina Moreira Gonçalves (*in memorian*), agradeço também minha outra mãe Ana Lucia. Agradeço a minha namorada Adriane Souza da Silva e aos meus filhos Igor de Castro e Alice Silva.

RESUMO

Dados da Organização Mundial da Saúde apontam que ocorrem cerca de 800 mil suicídios por ano, uma faixa de 1 suicídio a cada 30 segundos, o que representa um número superior aos óbitos por malária, câncer de mama, guerra ou homicídio. Sendo assim, faz-se necessário a abordagem desse tema. Diante disso, este trabalho visa contribuir com a temática e com os programas de intervenções na saúde mental da região estudada, realizando um mapeamento e análise da distribuição espacial das taxas de suicídio, no município de Cametá-PA, entre os anos de 2010 e 2020, além de discutir acerca da capacidade do Centro de atenção psicossocial (CAPS) em promover atendimento e qual a sua abrangência. Isso se alcança por meio de alguns procedimentos metodológicos, como: pesquisa bibliográfica; entrevistas semiestruturadas; e através do uso de tabelas, gráficos, etc., serão apresentados os dados em relação aos casos municipais, além de explanar informações sobre os casos regionais e nacionais. Vale ressaltar, que cabe à todos ofertar espaço para acolher e conduzir o indivíduo à ajuda especializada, não o deixando sozinho. Além da abordagem do tema, de palestras e passeatas, é imprescindível ser empático nesse mundo atual.

Palavras – Chave: Suicídio. Prevenção. CAPS. Geografia da saúde.

ABSTRACT

Data from the World Health Organization indicate that approximately 800,000 suicides occur per year, a range of 1 suicide every 30 seconds, which represents a higher number than deaths from malaria, breast cancer, war or homicide. Therefore, it is necessary to approach this topic. Therefore, this work aims to contribute to the theme and programs of interventions in mental health in the region studied, mapping and analyzing the spatial distribution of suicide rates in the city of Cametá-PA, between 2010 and 2020. , in addition to discussing the capacity of the Psychosocial Care Center (CAPS) to provide care and its scope. This is achieved through some methodological procedures, such as: bibliographic research; semi-structured interviews; and through the use of tables, graphs, etc., data will be presented in relation to municipal cases, in addition to explaining information about regional and national cases. It is worth mentioning that it is up to everyone to offer space to welcome and lead the individual to specialized help, not leaving him alone. In addition to approaching the topic, lectures and marches, it is essential to be empathetic in this current world.

Key Words: Suicide. Prevention. CAPS. Health geography.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 CAPÍTULO 1: CONCEPÇÕES HISTÓRICAS DO SUÍCIDIO E A GEOGRAFIA DA SAÚDE	10
2.1 Interpretações históricas do suicídio	10
2.2 Visões contemporâneas a respeito do suicídio	16
2.3 Geografia da saúde e o suicídio no Brasil	19
3 CAPÍTULO 2: DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DO SUÍCIDIO EM CAMETÁ E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.	22
3.1 Dados gerais a respeito dos casos suicídio no Pará e a Distribuição dos casos de suicídio em Cametá.	22
3.2 Capacidade de resposta do serviço de saúde mental do município	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

De acordo com os dados da Organização mundial da saúde - OMS (2016), ocorrem cerca de 800 mil suicídios por ano, uma faixa de 1 suicídio a cada 30 segundos; o que representa um número superior aos óbitos por malária, câncer de mama, guerra ou homicídio; isso significa um sério problema à saúde pública global.

A OMS ainda alerta que 90% desses casos poderiam ter sido evitados, pois a maioria deles está relacionado a doenças mentais, que assim como qualquer outra doença, tem diagnóstico, tratamento e prevenção. Sendo assim, faz-se necessário abordar sobre esse tema, além de identificar os sinais de risco e oferecer ajuda, essas são as melhores formas de enfrentar o suicídio. Entretanto, o suicídio ainda é considerado um assunto bastante desconfortável e o preconceito e a desinformação têm atrapalhado o direcionamento apropriado sobre o assunto.

Diante disso, este trabalho se propõe em discutir acerca dos padrões espaciais do suicídio no município de Cametá-PA, seus correlatos e a capacidade de respostas por parte dos serviços públicos. Cametá, está localizada na região nordeste do Estado do Pará e encontra-se à margem esquerda do rio Tocantins, de acordo com dados do IBGE, entre os anos 2000 - 2010, a população desse município passou de 97.624 para 120.896 e apresentava uma estimativa de 139.364 de habitantes para o ano 2020. Cametá conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para atender a população em geral, esse centro oferece um serviço gratuito fornecido pelo Sistema único de saúde (SUS), para tratamento e acompanhamento de pessoas com sofrimento mental.

O presente trabalho se justifica em colaborar e viabilizar através do conhecimento geográfico e da geografia da saúde, a implementação de programas de intervenção ao suicídio, bem como compreender este fenômeno, suas formas, seus índices de ocorrência e a distribuição espacial; além de ampliar a discussão sobre o tema, enfatizando a importância de sua discussão. E assim, mostrar a importância da geografia da saúde na atualidade.

Partindo da realidade presenciada no município de Cametá-PA, a respeito do comportamento suicida, e fatores associados à saúde mental, busca-se contestar como o município, responde aos casos de suicídio. Diante disso, surge a seguinte problemática: quais condições/respostas o serviço público apresenta para amenizar os problemas de saúde mental ligados ao suicídio?

Por meio da incidência e espacialização dos casos de suicídio o presente trabalho busca realizar uma análise acerca do suicídio no município de Cametá-PA, no período de 2010- 2020. Tratando-se de um fenômeno complexo busca-se primeiramente definir o que é o suicídio e suas formas, associar com as variáveis sociodemográficas (gênero, faixas etárias, cor, estado civil, escolaridade e local de ocorrência), e relacionar à múltiplos fatores que variam no espaço- tempo. Estas variáveis foram baseadas em estudos bibliográficos, como o suicídio no Brasil e os contextos geográficos de Adeir Archanjo da Mota (2014), e também a conceituada obra de Durkheim (1858-1917) sobre o suicídio, entre outros trabalhos envolvendo essa temática.

Este trabalho visa contribuir com os programas de intervenções na saúde mental da região estudada; mapear e analisar a distribuição espacial das taxas de suicídio, no município de Cametá-PA, entre 2010 e 2020, além de discutir acerca da capacidade do CAPS em promover atendimento e qual sua abrangência.

Para tanto, como procedimentos metodológicos serão utilizados: pesquisa bibliográfica, análise dos textos abordados, fichamentos, resumos, seleção de textos afim ter embasamento teórico para este trabalho; Em seguida, serão utilizadas entrevistas semiestruturadas com representantes do CAPS para coletar dados relevantes acerca da saúde mental, sobretudo o que diz respeito aos casos de suicídio no município de cametaense. E através do uso de tabelas, gráficos, etc., serão apresentados os dados em relação aos casos do município, além de explicar informações sobre os casos regionais e nacionais.

Com base nessa proposta, o presente trabalho está estruturado da seguinte forma: no primeiro capítulo será abordado acerca das concepções, interpretações históricas e visões contemporâneas a respeito do suicídio e como ele pode ser analisado por meio da geografia da saúde. Ainda nesse capítulo serão apresentados dados nacionais em relação aos casos de suicídio.

O segundo capítulo consisti em fazer uma distribuição espacial do suicídio no Estado do Pará, e mais especificamente no município de Cametá; além de trazer discussões acerca dos serviços de saúde disponibilizados pelo município e quais suas contribuições para com a população, sobretudo a respeito do serviço ofertado pelo CAPS, e por meio de entrevistas semiestruturadas, com funcionários desse centro, será possível discutir sobre a capacidade de resposta aos casos de suicídio que acontecem no município.

2 CAPÍTULO 1: CONCEPÇÕES HISTÓRICAS DO SUICÍDIO E A GEOGRAFIA DA SAÚDE

Neste capítulo, será abordado acerca das concepções e interpretações históricas a respeito do suicídio, e ainda sobre as visões contemporâneas a propósito do assunto. Além disso, serão apresentados dados nacionais em relação aos casos no Brasil e como o suicídio pode ser analisado por meio da geografia da saúde.

2.1 Interpretações históricas do suicídio

O suicídio historicamente foi interpretado por algumas linhas de pensamento, que serão apresentadas no decorrer do trabalho, entre elas: Durkeim, Minois, Barbagli.

Durkheim entendia o suicídio como um fato social; para ele, fato social é tudo aquilo que é norma referente aos nossos comportamentos, costume; na visão do sociólogo, uma pessoa se suicida por excesso de coercitividade, por motivos de pressão ou de frouxidão nas normas. Já Minois, em sua obra “história do suicídio” faz um denso apanhado sobre o “assassinato de si mesmo” ao longo da história humana, na Idade Média e no Renascimento chegando à Revolução Francesa e ao Século XX, procurando encontrar as raízes filosóficas para se entender as mortes voluntárias; o autor faz um alerta, de que não podemos estudar os suicídios como podemos fazê-lo em relação à destruição provocada, por exemplo, pela tuberculose, pois a morte voluntária é um tipo de óbito cujo significado não é de ordem demográfica, mas filosófica, religiosa, moral, cultural.

Um outro autor que abordou essa temática foi Marzio Barbagli, em sua obra “O suicídio no Ocidente e no Oriente” o autor traz um panorama das motivações e significados da decisão de suicidar-se tomada por homens e mulheres de diferentes culturas ao longo dos séculos; ele faz uma abordagem baseada em Durkheim no sentido de atualizar suas teorias sobre o suicídio, considerando o contexto atual, e seu principal argumento é que a cultura tem um papel fundamental no suicídio; o autor examina a partir de um ponto de vista sociocultural, religioso e político inúmeras possibilidades, como por exemplo, uma vingança ou arma contra inimigos, como uma defesa da honra de um herói ou um ato virtuoso de uma esposa com relação ao marido.

É de suma importância, enfatizar as formas e fatores que levam o indivíduo a cometer “suicídio” ao longo da história, como a sociedade dialoga com este fenômeno, e sobre a

diversidade de opiniões que surgem a seu respeito. O suicídio se trata mais do que nunca, de um fenômeno social. Em uma frente: temos a clara proibição de matar, se estendo a própria pessoa, salvo alguns casos específicos; contrapondo, surgem questões que justificam tais atos, como os suicídios heroicos (Minois, 2018).

Considerado quase sempre como objeto de reprovação social, o suicídio - fenômeno complexo e multifacetado - se mostra um acontecimento social que atinge todas as classes sociais, idades, orientações sexuais e identidades de gêneros, compondo todos os mais variados espaços ao longo dos séculos.

O suicídio pode ser causado por vários fatores, e pode ser definido como a atitude individual de exterminar a própria vida, ou seja, o ato de causar a própria morte. “A ideia de suicídio abarca três elementos: desejo de morte, desejo de matar e desejo de ser morto.” (MENNINGER, 1938 *apud* VALCAN, 2016, p. 7).

O comportamento suicida pode advir como consequência de diversas razões, como: baixa condição socioeconômica, situações negativas na família, transtornos psicológicos e abuso de substâncias.

Segundo Minois (2018, p. 11), “uma das explicações psicológicas clássicas do suicídio é que, na maioria dos casos, o indivíduo volta contra si mesmo uma agressividade que ele não pode liberar contra os outros nas sociedades civilizadas.” O autor explica que passamos por nuances do suicídio na idade média. De 1249 a 1484, apresentam-se crônicas de suicídios extraídas de memórias e diários mantidos por clérigos e burgueses, bem como registros judiciais que sobreviveram, que permitem constatar, apesar de seu caráter muito fragmentário, que o suicídio é praticado em todas as categorias sociais e pelos dois sexos, por motivos variados, como: miséria, doença, sofrimento físico, medo da punição, honra, recusa da humilhação, amor, ciúme. Todos os casos atribuísssem a uma causa precisa que provoca um excesso de sofrimento. E, “nota-se a ausência de suicídio por razões de honra, categoria reservada a nobreza na literatura (MINOIS, 2018, p. 45).”

No período da Idade Média, é principalmente a partir de Agostinho de Hipona (séc. V), também chamado por alguns de Santo Agostinho, que a morte de si passa a ter uma conotação pecaminosa. Na idade média, os casos de suicídio aconteciam em modalidades muito diferentes, segundo as categorias sociais. Enquanto o camponês se enforcava para fugir da miséria; o clérigo se matava para escapar da humilhação e coibir o infiel de seu

triunfo. Esse período conhece ainda outras categorias de suicídio, como: a dos judeus que são provocados geralmente pelas perseguições cristãs; e também a dos hereges, na qual o suicídio pode ser provocado tanto pela perseguição, quanto em virtude de suas próprias crenças (Minois, 2018).

Em alguns lugares, na idade média, existiam penas contra quem se matava ou tentava cometer tal ato, os corpos eram enterrados fora das cidades, em locais longe das igrejas. E durante esse período a igreja católica recusou os que tiravam a própria vida. Existiam também algumas crenças pré-cristãs, entre as quais acreditava-se que os suicidas eram almas penadas que haviam saído do mundo dos vivos sem nunca serem aceitos no mundo dos mortos (Barbagli, 2009).

A respeito da inquietação dos antigos romanos, entre todas as civilizações ocidentais a romana é considerada a mais favorável ao suicídio. E o grande número de personagens célebres que deram fim a vida naquela época, concretizaram ainda mais essa reputação (Minois, 2018). Na Roma, o suicídio tinha um valor diferente, em que os homens eram livres para tirar suas vidas, exceto por enforcamento. Pois, “o suicídio era considerado a mais alta forma de expressão da liberdade, a única que permitia aos seres humanos alcançarem e até superarem os deuses, destinados a ser imortais (BARBAGLI, 2009, pag. 60).”

Segundo Minois (2018, p. 103), “o índice médio de morte voluntária do Renascimento de certo não foi mais elevado do que da idade média, mas se fala e se escreve muito mais sobre o assunto do que antes.” Conduta esta do suicídio que por vezes era aceita e até mesmo reverenciada, já outras vezes apresentava um efeito punitivo, restando a vergonha aos familiares e os confiscos dos bens do suicida.

No primeiro renascimento, havia uma “satanização” do suicídio no mundo protestante, “para Lutero, o suicídio nada mais é do que um assassinato de uma pessoa cometido diretamente pelo diabo [...] aquele que se suicida está possuído pelo demônio (MINOIS, 2018, p.87)”. Na Inglaterra o suicídio era usado como um recurso apologético. “Para alguns o fato de se matar é resultado de uma intervenção divina que vem punir uma vida pecaminosa ou uma ação condenável (MINOIS, 2018p. 89).”

Então, eis que surge a grande questão na Inglaterra (1580-1620): “ser ou não ser?”, pergunta feita por Hamlet, um ator que se encontra entre a loucura e a lucidez. Segundo Iannini (2019), quando Hamlet faz a pergunta decisiva, o “suicídio” entra em cena na história ocidental de maneira inédita.

Em um intervalo de 40 anos mais de 200 suicídios são encenados no teatro inglês. Mas, é Shakespeare quem expressa com brutal simplicidade o dilema existencial fundamental sobre nossa liberdade de viver e de morrer. “[...] as pessoas se suicidam em um ritmo acelerado nos romances, nas poesias e nas cenas de teatro, onde a ficção permite contornar as condenações oficiais (MINOIS, 2018, p.125).”

O termo “Suicídio” é nascido na Inglaterra, no século XVII. No entanto, ele só é aceito na França, século XVIII, e esse verbo “é sempre utilizado na forma de um pleonasma ou de uma redundância: “se suicidar”. (MINOIS, 2018, p. 226).” No século XVIII, esse fenômeno transforma-se em debate público, e em Londres, por volta de 1780, já se organizavam debates públicos sobre esse assunto. Em uma obra francesa de 1770, do barão D’ Holbach acerca do suicídio, ele propõe que esse ato já não é mais considerado de covardia, mas que o ser humano se decide fazê-lo, quando o mundo já não é mais capaz de distrair sua dor (Minois, 2018).

Afinal, o suicídio seria uma doença mental ou social? ou uma convergência de ambas? Para tanto, devemos estabelecer e determinar a ordem dos fatos a ser estudada, sobre o suicídio e suas diferentes causas e contextos, individuais e sociais.

Segundo explicam os autores Jean Baechler (1975) e Jack Douglas (1967) o suicídio deve ser analisado a partir de casos individuais e não a partir de estatísticas. Pois, esse ato é:

um comportamento exclusivamente humano e pessoal [...] o ser humano se mata por motivos ao mesmo tempo genéticos e psicológicos. A medicina [...] fornece elementos de explicação. Assim é provável que além do leque de recursos disponíveis para se suicidar, o índice maior de mortalidade masculina [...] se deva a secreção de testosterona, [...] que causa agressividade (MINOIS, 2018, p. 401, 402).

Nos anos 80, Durkheim publica sua famosa obra “o suicídio”. Na qual ele dividiu esse ato em três categorias: suicídio egoísta, suicídio altruísta e suicídio anômico. A primeira parte fala acerca dos fatores extra sociais, dentre os quais inclui: loucura, raça, hereditariedade, clima, temperatura, sazonalidade e a imitação. “O fenômeno por explicar só pode ser atribuído a causas extra-sociais de grande generalidade ou a causas propriamente sociais (Durkheim, 1879, p. 23).”

Em sua obra, Durkheim (1879), discorre sobre os tipos de suicídio: maníaco, melancólico, obsessivo, impulsivo e automático; e conclui que não existe nenhum estado psicopático que sustente com o suicídio uma relação satisfatória e regular.

Em seu segundo livro, Durkheim trata das causas e tipos sociais; e os diversos tipos de Suicídio. O autor, trata também de outros dois aspectos relacionados ao suicídio: a vida da família e a sociedade política. E constata que os solteiros se matam menos que os casados, diante disso busca explicar a cerca dessa observação, de que a vida familiar aumenta a possibilidade de uma determinada pessoa cometer suicídio.

Para Durkheim (1879), o suicídio é considerado como todo caso de morte que procede direta ou indiretamente de uma ação, positiva ou negativa, realizado pela própria vítima, como uma expressão inequívoca, implicando assim em sofrimento e impacto profundo nos familiares. Ele explica ainda que, vulgarmente falando, o suicídio é um ato de desespero de alguém não faz mais questão de viver

Ao realizar estudos baseados em dados demográficos agregados da França e países europeus, Durkheim analisou o suicídio como um fenômeno coletivo. Diante disso, esse fato é explicado pelo autor, como um assunto social que se modifica de acordo com a razão contrária do grau de interação social dos indivíduos com a sociedade.

Durkheim, em sua obra busca classificar as causas e tipos de suicídios, e trata tais acontecimentos como fatos sociais ligados à inúmeras variáveis. O autor analisa que estas mortes voluntárias se dão por duas formas, a integração e a regulamentação social: “A integração consiste na quantidade e na força dos vínculos que unem um indivíduo aos vários grupos. A taxa de suicídio é baixa quando essa interação é equilibrada, ao passo que aumenta quando ela é escassa ou quando é excessiva (BARBAGLI, 2009, p. 8).” Já a respeito da regulamentação social, explica que em toda sociedade são as normas que colocam freios nos desejos ilimitados (Durkheim, 1879).

Segundo Durkheim (1879), existem alguns tipos de suicido. E relacionado a primeira forma de morte voluntaria, integração, temos o suicídio “egoísta” típico da sociedade moderna, ao ocorrer o afrouxamento ou o rompimento dos vínculos sociais, o indivíduo se isola, rompendo a ligação que o une a própria vida, ficando este à mercê de circunstâncias que venha a cometer ato contra sua própria vida. O suicídio egoísta teria sua motivação no isolamento do indivíduo em relação a sociedade.

Já o inverso, na integração excessiva, tem-se o suicídio “altruísta”, com frequência em sociedades inferiores, nos povos primitivos, havendo uma estrita subordinação do indivíduo ao grupo, ocorrendo uma confusão entre o eu do indivíduo e o grupo a qual ele faz parte, o

sujeito encontra-se demasiadamente ligado à sociedade, tendo o suicídio como um dever, em que a desobediência é punida com desonra (Durkheim, 1879).

De acordo com Durkheim (1879), relacionado à segunda forma, regulamentação social, temos o suicídio “anômico”, típico da sociedade moderna, ocasionado por fortes mudanças, de retrocesso, crises, ou grande expansão econômica, enfraquecendo as normas regulamentadoras, havendo um certo sofrimento nos homens, o que o leva a se matar, o suicídio anômico vem da noção de anomia, ausência de normas. Nesse caso, por exemplo, uma crise ou o crescimento econômico deixaria a sociedade perturbada, e o indivíduo num estado de desregramento estaria mais propenso ao suicídio.

É indiscutível que o trabalho de Durkheim, tem servido de bússola para orientar as investigações, relacionadas ao tema do suicídio. Para Durkheim (1879), quando se trata deste fenômeno, o todo é muito mais do que a soma de suas partes, assim desviando do seu interesse o indivíduo para as forças que os cercam. Baseando-se em pesquisas que mostram que o indivíduo que está engajado em um grupo de pessoas. No entanto, não podemos deixar de evidenciar o indivíduo em sua solidão.

Estas formas de suicídios abordadas por Durkheim, recebem inúmeras críticas, por não possuir clareza e rigor suficiente, questionando se há de fato diferenças entre as formas de suicídio, como no caso do suicídio “altruísta” e “anômico” que não apresentam diferenças consistentes. E há também as críticas sobre as estatísticas oficiais, dependendo muito da eficiência do mecanismo de registro e da população frente a esses eventos (Barbagli, 2019).

Outra questão a ser levantada, é que a teoria Durkheimiana utiliza somente algumas categorias sociológicas, as estruturais, enquanto negligencia as culturais. Contudo, para (Barbagli, 2019), sustenta-se a tese de que os fatores que mais influenciam sobre a frequência dos diversos tipos de suicídios, são os culturais, isto é, são patrimônios de esquemas cognitivos e sistemas de classificação, de crenças e normas, de significados e símbolos de que dispõe os homens e mulheres. Para este, uma das maneiras como a cultura pode influenciar a decisão de um indivíduo a tirar sua própria vida, em presença de várias outras condições, passa pelas emoções que ele sente. A tristeza, a raiva, o medo, a vergonha, os desgostos e a alegria são sentimentos universais, que todos os seres humanos sentem, em todas as sociedades e períodos históricos.

Quando confrontamos autores clássicos como Durkheim e Karl Marx, temos ponto de vista parcialmente diferentes, por se tratar de pesquisas realizadas em períodos e regiões

diferentes. Em seu ensaio sobre o suicídio, Marx afirma que este fenômeno vai muito mais além do que uma simples tragédia cotidiana, não podendo limitar-se a simples compreensão do suicídio por causas psicológicas ou por fatores exteriores ao indivíduo, mas entender, o alcance de uma renúncia do indivíduo a uma existência inautêntica, apartada do gênero humano. Para Marx, o suicídio é significativo sobretudo como sintoma de uma sociedade doente, tratando-se de uma sociedade moderna que necessita de uma transformação radical (Marx 1846, *apud* LOWY, 2006).

Em suma, pode-se perceber que o suicídio, para os autores Marx e Durkheim, é visto como um fenômeno de ordem social, e que suas causas devem ser analisadas a partir de aspectos culturais, sociais e econômicos.

2.2 Visões contemporâneas a respeito do suicídio

Se no passado os casos de suicídio já aconteciam, no mundo contemporâneo passaram a acontecer com mais frequência. A sociedade atual, tem se tornado cada vez mais uma sociedade individualista, em que predominam as relações de competição. Os aspectos associados ao cotidiano das pessoas também fazem parte dessa atualidade, já não há tanto espaço para trocas afetivas, os valores da produtividade estão acima do valor da vida.

Com o passar do tempo, a miséria e os declínio físico e moral continuam sendo as principais causas que levam uma pessoa a cometer suicídio. Contudo, surge um elemento novo, que é o alcoolismo (Minois, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2016), 3,3 milhões de pessoas morrem em consequência do uso de bebida alcoólica. Além dos problemas mais conhecidos como: Hepatite ou cirrose hepática, as doenças psiquiátricas também podem estar diretamente ligadas ao uso do álcool. Cerca de 5% a 10% das pessoas dependentes de álcool terminam suas vidas pelo suicídio. Os dados são alarmantes, e vale ressaltar que os jovens começam a beber cada vez mais cedo.

Pesquisadores da Universidade São Paulo (USP) realizaram estudos sobre fatores associados ao consumo de álcool e o suicídio. Eles analisaram os exames toxicológicos de 1.700 pessoas que se mataram entre os anos de 2011 e 2015, na cidade de São Paulo. Os dados foram coletados do Instituto de Medicina Legal. E, o resultado constatou que: 30,2% das amostras acusava algum grau de teor alcoólico no sangue. Entre os homens, a porcentagem chegou a 34,7%. Ou seja, aproximadamente um terço das pessoas que tiraram a

própria vida havia ingerido pelo menos alguns goles momentos antes de cometer tal ato (Santos, 2018).

Segundo os dados da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a principal causa de suicídio no Brasil são os transtornos afetivos (cerca de 36%), como depressão e ansiedade. E em segundo lugar (23%) está a dependência por substâncias psicoativas, como exemplo as bebidas alcoólicas (Santos, 2018).

Já em relação à depressão, de acordo com dados da ABP, a vida moderna pode estar por trás desse aumento de casos sobre a doença. E, há uma fileira de aspectos que servem de disparo para seu acréscimo, como exemplo: o ritmo de vida, o excesso de trabalho e o uso excessivo das redes sociais. Esses aspectos estão fortemente presentes entre as pessoas atualmente. Somando todos esses fatores citados à pressão exigida pelas redes sociais, o indivíduo entra em um estado deprimido.

Segundo a OMS, um dos principais sintomas da depressão é a mudança de humor, as pessoas que sofrem com a doença acreditam que perderam a capacidade de ser feliz. A partir daí surgem os pensamentos suicidas. A depressão foi considerada pela Organização Mundial da Saúde como o "mal do século XXI". Ela é uma doença silenciosa, que ainda é incompreendida, inclusive por quem sofre do problema. Porém, já atinge cerca de 10% da população mundial e esse índice continua aumentando a cada ano. Algo que se torna extremamente preocupante, pois a depressão é considerada a principal causa de suicídio.

De acordo com os dados da OMS (2016), ocorrem cerca de 800 mil suicídios por ano, uma faixa de 1 suicídio a cada 30 segundos; o que representa um número superior aos óbitos por malária, câncer de mama, guerra ou homicídio; isso significa um sério problema à saúde pública global.

O suicídio é considerado a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos. E em todas as faixas etárias, os homens cometem quase quatro vezes mais suicídio do que as mulheres. De acordo com os dados da OMS, 79% dos suicídios no mundo ocorrem em países de baixa e média renda. A África, Europa e Sudeste Asiático têm taxas de suicídio acima da média mundial de 10,5 por 100.000 habitantes; já a região do Mediterrâneo Oriental tem a taxa mais baixa. Entre os métodos mais comuns de suicídio em nível global, podem se especificar: ingestão de pesticidas, enforcamento e armas.

Porém, pode-se afirmar que o número de suicídios no país é maior do que os dados mostram, pois muitas pessoas omitem ou idealizam outra causa para o suicídio de seu ente querido, e tudo isso por conta do estigma social que esse tipo de morte ainda possui no meio da sociedade. No entanto, o suicídio precisa deixar de ser considerado um tabu, e sim ser analisado como um problema de saúde que atinge todas as idades, classes e gêneros (Almeida, 2018).

Segundo Dunker (2019), o suicídio é a patologia social por excelência, sendo covariante com processos sociais de individualização e com sentimentos sociais como a solidão e tédio. O suicídio, atualmente configura-se como objeto de estudo de extrema importância, para o campo da psicologia, psicanálise e ao campo sociológico.

De acordo com Valcan (2016, p. 6), “O suicida é personificação da desordem, da instrução da falta de sentido, da suspensão das obrigações”. Quando se trata do suicídio, apresentam-se inúmeras análises feitas por diversos teóricos, com o objetivo de compreender e explicar esse fenômeno e seu contexto determinante para escolha de renúncia à vida.

A partir do século XX, com os avanços nos estudos e na medicina, o processo a respeito do suicídio passou a ser visto de outras formas. E, assim:

Números crescentes de pessoas começaram a interpretar de outra maneira o sofrimento mental, a entender que a ansiedade, a angústia, o pânico, as fobias, a melancolia paralisante, as crises maníacas, os delírios, as alucinações não são normais nem inelutáveis, e passaram a recorrer a especialistas em busca de tratamento. Assim, nesse período, aumentou gradualmente a parcela de pessoas com distúrbios psíquicos que adotou várias formas de psicoterapia e o recurso a medicamentos. (Barbagli pág. 243)

Atualmente, nota-se uma sociedade moderna, marcada pelo isolamento de cada indivíduo, em que existe uma relação de hostilidade entre as pessoas, uma competição impiedosa, trata-se de todos contra todos, restando a este indivíduo ser vítima ou carrasco.

Os séculos 19 e 20 fizeram o suicídio se esconder no silêncio, sob o inquestionado dever de viver. Paradoxalmente, as ciências humanas e sociais reergueram o tabu do silêncio em torno do suicídio. (IANINI 2019).

Essa temática vem sendo discutida há alguns anos, no entanto ganhou maior visibilidade em um período mais recente. Em 2003, a *International Association for Suicide Prevention* lançou a campanha Setembro Amarelo, com o objetivo de colocar o tema na agenda pública; no Brasil, a iniciativa foi implementada em 2015 a partir de uma parceria entre o Centro de Valorização da Vida (CVV), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

A OMS distingue o suicídio como uma ação de saúde pública. O primeiro relatório da organização sobre este assunto, “Prevenção do suicídio: um imperativo global”, publicado em 2014, incentiva os países a reforçar estratégias de prevenção. Mas, segundo a OMS, poucos países incluíram a prevenção ao suicídio entre suas prioridades de saúde – somente 28 relatam possuir uma estratégia nacional para isso.

Retratando os dias atuais e frente a natureza desumana da sociedade capitalista, percebemos que o suicídio, por muitas vezes se camufla no silêncio, com o objetivo de passar despercebido, em um período no qual o liberalismo desenvolveu e desenvolve um modelo econômico baseado em crises permanentes. Aqui, ressalta-se o destaque dado pela psiquiatria e a sociologia, a responsabilidade das fragilidades morais e mentais do indivíduo, bem como as inúmeras deficiências e injustiças da estrutura social.

Segundo a OMS, cerca de 90% dos suicídios podem ser prevenidos. Se alguém próximo está precisando de ajuda é importante saber ouvir sem julgar e também incentivar a pessoa a procurar acompanhamento especializado de psicólogos.

2.3 Geografia da saúde e o suicídio no Brasil

A denominação “Geografia da Saúde” surgiu no Congresso de Mokovo, em 1876, como uma derivação do termo “Geografia Médica”, em virtude deste termo se mostrar limitado após a incorporação de novas temáticas (Nogueira; Remoaldo, 2010). E essa mudança ocorreu “por melhor expressar quer a riqueza metodológica e de objetivos quer porque, de fato, se debruçar mais sobre questões de saúde do que sobre questões meramente médicas (SANTANA, 2014, p. 13)”.

O surgimento de novas doenças, tecnologias, o aumento da população e carência de novas abordagens, exige o desenvolvimento e aplicação de novas metodologias a serem aplicadas (Santana, 2014). Diante disso a geografia da saúde surge como forma de auxiliar a suprir essas determinadas carências.

De acordo com Nogueira e Remoaldo (2010), a Geografia da Saúde busca englobar os conteúdos da Geografia Médica, da Geografia das Enfermidades e da Geografia da Assistência Sanitária, e suas discussões a respeito dos condicionantes de saúde e de suas implicações no desenvolvimento do território.

A geografia da saúde é uma área que abrange a geografia física e a humana, constituindo uma área de compreensão global que se preocupa com os problemas atuais nas mais diferentes escalas (Santana, 2014).

Conforme os dados da OMS (2016), no Brasil cerca de 12 mil pessoas tiram a própria vida por ano, o que representa quase 6%. O País está entre os que apresentam maior número de suicídios no mundo.

De acordo com estimativas oficiais do Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), foram contabilizadas 195.979 mortes autoprovocadas entre 1996 e 2017, no Brasil. Isso equivale a mais ou menos dois estádios do Maracanã, completamente lotados.

Segundo dados apresentados pelo ministério da saúde (BRASIL, 2018), o Brasil registrou 11.433 mortes por suicídio no ano de 2016 – em média, um caso a cada 46 minutos. O número representa um crescimento de 2,3% em relação ao ano anterior, quando 11.178 pessoas tiraram a própria vida.

O suicídio é considerado a quarta causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no país. Entre os homens nesta faixa etária, é o terceiro motivo mais comum; e entre as mulheres, o oitavo (Brasil, 2018).

Nos dados apresentados pelo ministério da saúde, a maior taxa de mortes por suicídio a cada 100 mil habitantes é entre os indígenas – uma média de 15,2 casos por 100 mil. Entre os homens, o número chega a 23,1; entre as mulheres, a 7,7. De acordo com o Ministério da Saúde, 44,8% dos suicídios indígenas em 2016 ocorreram na faixa etária de 10 a 19 anos.

Segundo estimativas oficiais do DATASUS (2019), os estados de Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul apresentam as maiores taxas históricas de suicídios no país, enquanto que os estados do Pará, Bahia e Maranhão, apresentam as menores taxas. Há fortes indícios de que esse número maior de casos no estado de Rio Grande do Sul, possa estar relacionado à cultura do fumo e aos agrotóxicos usados nas lavouras, pois pesticidas que apresentam em sua composição o manganês aumentam o risco de provocar danos ao sistema nervoso central.

A respeito de dados mais atuais, de acordo com cálculos feitos pelo pesquisador Filho (2019), as estimativas de suicídio entre os anos de 2018- 2020, seria que: cerca de 39.824 pessoas cometeriam suicídio no Brasil; se a proporção entre os sexos (masculino-feminino)

respeitar a tendência histórica seriam 31.460 mortes masculinas; a média de óbitos autoprovocados voluntariamente giraria em torno de 13.274 por ano, vitimando cerca de 10.486 homens a cada nova estação; e a taxa de suicídios chegaria a 6,5 mortes por 100 mil habitantes em 2020.

Através de vários estudos pode-se identificar comunidades cujas características propiciariam a formação de ambientes terapêuticos, assim como certa correlação entre contextos geográficos. Diante disso, a geografia da saúde vem contribuir para a compreensão do suicídio, além de dar suporte à tomada de decisões de gestores e de profissionais da área da saúde, com ajuda de outras ciências que estudam o processo saúde-doença mental: sociologia, antropologia, psiquiatria e a psicologia social (MOTA, 2014).

Segundo Santana (2014, p.13), através da intervenção da geografia da saúde, é possível “ler e interpretar os factos e, inclusive, estabelecer hipóteses explicativas e de ação sobre alguns dos problemas existentes, tendo por base uma matriz territorial”. Pois, de acordo com a autora, o objetivo dessa área científica, sintetiza-se em:

[...] proporcionar conhecimentos que sirvam para compreender as relações que se estabelecem entre as condicionantes da saúde, os resultados efetivos das políticas e da organização dos serviços na saúde das populações e as suas consequências no desenvolvimento do território. (SANTANA, 2014, p. 13, 14).

Nesse sentido, a geografia da saúde, sobretudo o geógrafo, são importantes nessa discussão acerca dos casos de suicídio. Pois, de acordo com Damiani (1991), a função da Geografia é ir além da quantificação dos dados, necessitando antes de tudo, interpretá-los e entendê-los.

Segundo Nogueira e Remoaldo (2010), um dos papéis fundamentais dos geógrafos, no campo da saúde, é explicar que a alteração do nível de saúde das populações evidencia grandes desigualdades espaciais, que são decorrentes de diversos aspectos, como: políticos, econômicos, sociais e culturais; aspectos esses que são condicionados por fatores geográficos.

3 CAPÍTULO 2: DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DO SUÍCIDIO EM CAMETÁ E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.

Este capítulo consisti em fazer uma distribuição espacial do suicídio no Estado do Pará, e mais especificamente no município de Cametá; além de trazer discussões acerca dos serviços de saúde disponibilizados pelo município e quais suas contribuições para com a população, sobretudo a respeito do serviço ofertado pelo CAPS. E por meio de entrevistas semiestruturadas, com funcionários desse centro, será possível discutir sobre a capacidade de resposta aos casos de suicídio que acontecem no município.

3.1 Dados gerais a respeito dos casos suicídio no Pará e a Distribuição dos casos de suicídio em Cametá.

O estado do Pará fica localizado no norte do país, e conforme a estimativa populacional realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado apresentava em 2018 cerca de 8.513.497 habitantes – 3,8% dos habitantes do Brasil –, sendo o mais populoso da região e o nono do país.

De acordo com dados do DATASUS (2020), o número de óbitos por suicídio no estado do Pará, entre os anos de 1996-2018, foi de 4.439. O município de Belém, concentrou a maior taxa, tanto por óbitos por residência (1.055 casos) como por ocorrência (991 casos).

Outros municípios do interior do Estado do Pará tiveram um aumento. Dentre eles, destacam-se o município de Marabá, que apresentou 220 Óbitos por residência e por ocorrência foram 243 casos; em Paragominas foram 78 casos de Óbitos por residência e 79 casos por ocorrência; já em Parauapebas foram 150 Óbitos por residência e 140 casos por ocorrência.

Conforme os dados da OMS, no Estado do Pará, no período de 2011-2016, houve um registro de 1.497 suicídios. E entre os casos, a maioria das pessoas que o cometeram eram de cor parda e com idades entre 20 e 29 anos.

O presente trabalho busca realizar uma análise acerca dos casos de suicídio no município de Cametá-PA, que fica situado na região nordeste do estado do Pará. Segundo dados do IBGE, entre os anos 2000 - 2010, a população desse município passou de 97.624 para 120.896 e apresenta uma estimativa de 139.364 de habitantes para o ano 2020.

O quadro 01 mostra os pacientes de casos de tentativas de suicídios, que foram atendidos no setor de urgência/emergência no hospital regional de Cametá, entre os anos de 2015 a 2020.

Quadro 01 – Tentativas de suicídio (2015-2020).

ANO	FAIXA ETÁRIA	SEXO	LOCALIDADE
2015	65 anos em diante	Masculino	Castanhal
	25-30 anos incompletos	Feminino	Novo

ANO	FAIXA ETÁRIA	SEXO	LOCALIDADE
2016	65 anos em diante	Masculino	Aldeia
	65 anos em diante	Feminino	Primavera

ANO	FAIXA ETÁRIA	SEXO	LOCALIDADE
2017	25-30 anos incompletos	Masculino	Interior de Cametá
	15-21 anos incompletos	Masculino	Castanhal
	15-21 anos incompletos	Masculino	Interior de Cametá
	15-21 anos incompletos	Masculino	Bom sucesso
	Não fornecido	Masculino	Baixa verde
	21-25 anos incompletos	Feminino	Central
	65 anos em diante	Masculino	Matinha

ANO	FAIXA ETÁRIA	SEXO	LOCALIDADE
2018	65 anos em diante	Feminino	São Benedito
	Não fornecido	Feminino	Cidade Nova
	25-30 anos incompletos	Feminino	Castanhal
	65 anos em diante	Feminino	São Benedito
	15-21 anos incompletos	Masculino	Interior de Cametá
	15-21 anos incompletos	Feminino	Primavera

ANO	FAIXA ETÁRIA	SEXO	LOCALIDADE
2019	65 anos em diante	Feminino	Central
	65 anos em diante	Masculino	São Jorge
	21-25 anos incompletos	Masculino	Central
	15-21 anos incompletos	Masculino	Novo
	25-30 anos incompletos	Masculino	Primavera

ANO	FAIXA ETÁRIA	SEXO	LOCALIDADE
2020	35-45 anos incompletos	Masculino	São Jorge
	15-21 anos incompletos	Masculino	São Jorge

Fonte: Hospital regional de Cametá.

Podemos perceber através das informações do quadro, que dos 24 casos de tentativa de suicídio (2015-2020), 15 foram do sexo masculino, e apenas 9 do sexo feminino. Em relação a faixa etária, a idade que apresenta um maior número é a de 65 anos em diante, com um total de 8 casos; em seguida vem os jovens de 15-21 que totalizaram uma quantidade de 7 casos.

Dados do Ministério da Saúde, divulgados em 2018, apontam para a alta taxa de suicídio entre idosos com mais de 70 anos, nessa faixa etária, foi registrada a taxa média de 8,9 mortes por 100 mil nos últimos seis anos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam ainda que a população brasileira com 60 anos de idade ou mais cresceu 18,8% entre 2012 a 2017.

Já em relação a localidade dos casos de tentativas de suicídio em Cametá, entre os anos de 2015-2020, aconteceram 03 casos no interior do município e 21 na zona urbana. Sendo que os bairros que apresentaram maior número de casos, foram: Bairro central, São Jorge e Primavera, totalizando 03 casos cada. Os anos com um menor número de ocorrência foram: 2015, 2016 e 2020, apresentando 1 caso para cada um desses anos; já o ano de 2017, apresentou o ano com maior número de ocorrência, exibindo um total de 07 casos.

Mas, além das tentativas infelizmente existem os casos de suicídio, o quadro 02 apresenta os dados cedidos pela secretaria municipal de saúde a respeito dos óbitos por suicídio no município de Cametá.

Quadro 02 – Óbitos por suicídio (2011-2021).

Ano do óbito	Sexo Feminino	Masculino	Número de casos
2011	2 casos	2 casos	4
2012	1 caso	3 casos	4

2013	1 caso	—	1
2014	—	3 casos	3
2015	—	3 casos	3
2016	1 caso	—	1
2017	4 casos	2 casos	6
2018	1 caso	6 casos	7
2019	3 casos	4 casos	7
2020	3 casos	4 casos	7
2021	3 casos	4 casos	7
TOTAL	19 casos de mulheres	31 casos de homens	50 casos no geral

Fonte: Secretaria Municipal de saúde.

De acordo com os dados da secretaria de saúde, dos 50 casos de suicídio ocorridos no município de Cametá (2011-2021), 19 foram do sexo feminino, enquanto que 31 foram do sexo masculino.

Em relação a faixa etária, 11 casos aconteceram entre pessoas de 14-20 anos de idade, 12 casos entre a faixa etária de 21-30 anos, já nas idades de 31-40 anos foram 11 casos, entre as idades de 41-55 anos também foram 11 casos, e já na faixa etária de 63- 88 anos foram notificados 8 casos.

O quadro 01 apresenta estimativas acerca das tentativas de suicídio em Cametá-PA, e o quadro 02 apresenta o número de óbitos (suicídio) no município. Fazendo um comparativo entre os quadros, inicialmente em relação às tentativas pode-se observar que no período de 2015-2020, aconteceram 24 tentativas de suicídio, sendo 15 do sexo masculino e 9 do sexo

feminino; a idade com maior incidência está entre a de 65 anos em diante; com destaque para o ano de 2017, no qual houve um maior número de tentativas, totalizando 7 casos nesse mesmo ano.

Já em relação aos casos de óbito, observa-se que entre os anos 2011-2021, aconteceram 50 casos de suicídio, sendo sua maioria também do sexo masculino, com maior incidência de casos nas idades de 31-40 anos; com destaque para os anos de 2018-2021, nos quais houve um maior número de casos, sendo um total de 7 em cada um desses anos.

Pode-se observar que tanto o número de tentativas, quanto os casos de óbitos por suicídio, tiveram maior ocorrência no sexo masculino. De acordo com Gonçalves (2011), antigamente era considerado que a taxa de suicídio entre as mulheres era menor devido ao fato de estas serem menos instruídas do que os homens, entretanto essa diferença educacional tem se reduzido, e a menor ocorrência de suicídio entre as mulheres tem sido atribuída a fatores, como: à baixa prevalência de alcoolismo; à religiosidade; às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Além disso, as mulheres reconhecem precocemente sinais de risco para depressão, e tem mais facilidade de buscar ajuda, se comparada com os homens.

Segundo Durkheim (1879), o suicídio é uma manifestação essencialmente masculina, e a aptidão das mulheres para cometer tal ato está longe de ser superior ou equivalente à do homem. Pode-se destacar algumas causas para a prevalência de suicídio ser maior entre os homens, como por exemplo o fato de a masculinidade está inserida na sua mente e que a competição empregatícia eleva o sentimento de impotência frente à exaltação do sexo oposto. Existe também o fato da percepção feminina, pois considera-se que as mulheres tem uma maior sensibilidade em compreender e buscar auxílio (GONÇALVEZ; JUNIOR, 2011).

A seguir (Quadro 03), apresentam-se alguns dados da polícia civil, em relação aos boletins de ocorrência dos casos de suicídio em Cametá (2018-2021).

Quadro 03 – Dados de óbitos por suicídio (2018-2021).

Ano	Sexo	Idade	Causas da morte	Transtornos psicológicos	Já havido tentado suicídio outras vezes

2018	Masculino	-	Enforcamento	-	-
2018	Feminino	-	Enforcamento	-	-
2018	Masculino	-	Enforcamento	-	-
2019	Masculino	-	-	-	-
2019	Feminino	63 anos	Enforcamento	-	-
2019	Masculino	43 anos	Enforcamento	Sim	Sim
2019	Masculino	28 anos	Enforcamento	-	-
2020	Masculino	38 anos	Enforcamento	sim	Sim
2020	Feminino	-	Enforcamento	-	-
2020	Masculino	-	Enforcamento	sim	-
2020	Feminino	-	Enforcamento	-	-
2020	Masculino	21 anos	Enforcamento	-	Sim
2021	Masculino	-	Enforcamento	-	-
2021	Masculino	34 anos	Enforcamento	-	Sim
2021	Masculino	-	Enforcamento	-	-
2021	Feminino	-	Enforcamento	-	-
2021	Masculino	-	Enforcamento	-	-
-	Masculino	-	Enforcamento	-	-

Fonte: Policia Civil. (2021)

Pode se observar no quadro 03, que dos 18 casos de óbitos relatados, a maioria das vítimas eram homens, sendo 13 do sexo masculino e 5 do feminino. Entre as causas de morte, destaca-se o enforcamento induzido, em que a maioria dos casos se deram a partir desse meio.

Em relação, as questões psicológicas, os familiares de 3 das vítimas, alegam que elas já apresentavam problemas de depressão. Já outros familiares relatam que não teria sido a primeira tentativa de suicídio.

Cerca de 24 casos de suicídio são oficializados, e destes 90% estão correlacionado aos transtornos da mente (ABP, 2009). Segundo o DATASUS mortes relacionadas ao suicídio, tendo como impulsão a Depressão, tiveram um aumento de 705% em território brasileiro observados em 16 anos. Uma comparação entre 1996 a 2012, números este que pularam de 58 para 467 mortes notificadas (DATASUS, 2012).

Vale ressaltar também que existem os casos que não são compartilhados; sendo assim, pode-se considerar que o número de tentativas de suicídios é bem maior, e conseqüentemente o número de óbitos também. Além disso, o Ministério da Saúde reconhece que ainda há subnotificação, em que muitas vezes a morte é notificada, mas não a causa, isso acontece principalmente em classes mais altas.

A divulgação de dados que abarquem o reconhecimento dos sinais emitidos pela pessoa que precisa de ajuda, o direcionamento adequado para profissionais, e a escuta sem julgamentos fazem parte das competentes que podem ajudar alguém que passa por imaginação suicida.

No decorrer do texto foram apresentados alguns dados sobre o suicídio no município de Cametá, cedidos pela polícia civil (2018 - 2021), pela secretaria municipal de saúde (2011-2021) e pelo hospital regional de Cametá (2015-2020); esses dados estão distribuídos nos quadros 01, 02 e 03.

Ao observar os quadros podemos obter algumas informações entre os anos 2011-2021, relacionadas à: faixa etária, sexo, localidade, métodos utilizados, e sobre o quadro psicológico das vítimas (se elas apresentavam problemas psicológicos e se já haviam tentado o suicídio antes). Como resultado, conclui-se que entre os anos analisados, a tentativa de suicídio foi maior entre o sexo masculino; já em relação à faixa etária, a predominância foi maior entre as pessoas de 65 anos em diante; e a método mais utilizado para cometer o suicídio, foi através do enforcamento.

3.2 Capacidade de resposta do serviço de saúde mental do município

O CAPS, pode ser considerado como uma alternativa extra-hospitalar para substituir o manicômio. E são áreas estratégicas que agem no processo de consolidação da reforma psiquiátrica (Silva, 2015).

De acordo com Mota (2015), o suicídio é compreendido como uma evidência do sofrimento humano, e múltiplos fatores podem ser relacionados para se encontrar os grupos sociais vulneráveis. Sendo assim, é preciso propor medidas mitigadoras, como por exemplo a acessibilidade aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

De acordo com dados do Ministério da saúde (2004), um centro de atenção psicossocial pode ser definido como um equipamento de saúde aberto, comunitário e vinculado ao SUS (sistema único de saúde). A lei federal nº 10.216, 6 de abril de 2001, redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. O CAPS, além de atender os seus usuários, ele procura propiciar o exercício da cidadania e maior interação entre os membros da família e a comunidade.

A expansão dos CAPS, no Brasil, aconteceu de forma bem vagarosa na década de 90, e já no de 2000 contava-se com pouco mais de 200 estabelecimentos. Entretanto, a mudança desse contexto se deu pelo decreto da Portaria GM nº 336/2002, na qual os CAPS, os NAPS (Núcleo de Acompanhamento Psicossocial) e os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) passaram a integrar o SUS. E assim, no ano de 2006, já existiam quase 900 CAPS. No ano de 2014 já se contabilizou 2.341 CAPS no país, cadastrados no CNES (cadastro nacional de estabelecimento de saúde) (Mota, 2014).

Segundo o Ministério da saúde (2004), os CAPSs se diferenciam quanto ao tamanho, estrutura, atividades, número de profissionais e tipos de demandas. Quanto aos usuários e horários de funcionamento, pode-se destacar que a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui que os CAPSs estão organizados nas seguintes modalidades:

a) CAPS I, atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas de todas as faixas etárias, é indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes.

b) CAPS II – o qual se refere ao do município de Cameté – atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades

decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, conforme organização da rede da saúde local; é indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.

c) CAPS III, atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD; é indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

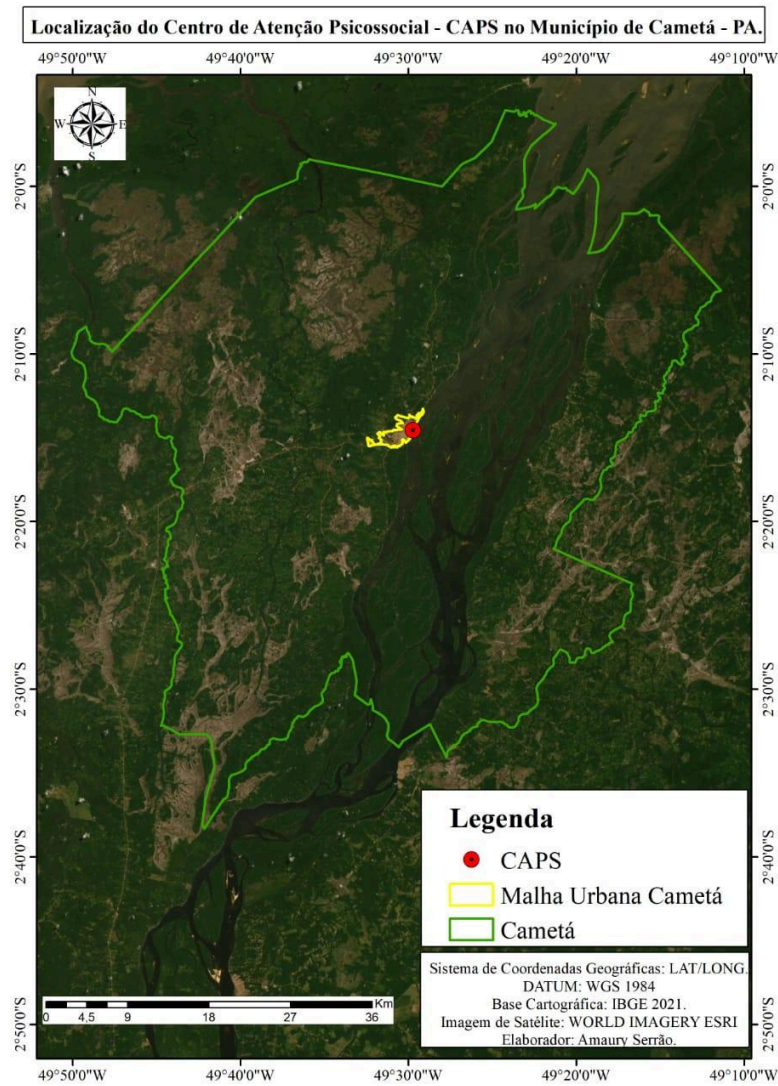
d) CAPS AD, atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando o Estatuto da criança e do adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; presta serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

e) CAPS AD, atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando o Estatuto da criança e do adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos; serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

f) CAPS i, atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool ou outras drogas; serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

O município de Cametá conta com um CAPS II (mapas 01 e 02), para atender a população em geral. Esse centro oferece um serviço gratuito oferecido pelo SUS, para tratamento e acompanhamento de pessoas com sofrimento mental; ele presta os seguintes serviços: atendimento individual, atendimento em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento e orientação familiar, atividades culturais em datas comemorativas.

Mapa 01 – Localização do CAPS em Cameté.



Fonte: IBGE 2021.

Mapa 02 – Localização do CAPS em Cameté.



Fonte: IBGE 2021.

Os mapas 01 e 02 mostram onde está localizado o CAPS no município de Cametá, ele fica situado na rua treze de maio. Esse Centro municipal funciona de segunda à quinta-feira, da seguinte forma: atendendo pela parte da manhã os residentes do interior e pela parte da tarde os residentes da área urbana. Conta com uma equipe atuante de: psiquiatra médico, clínico, enfermeira, técnica em enfermagem, farmacêutica, assistente social, pedagoga, psicopedagoga, psicólogo, terapeuta ocupacional, educador físico e artesã; apresenta um total de 31 funcionários.

O fluxograma da rede de atendimento CAPS, funciona da seguinte forma: a pessoa pode se direcionar até esse centro através de demanda espontânea ou por meio de encaminhamento de locais como o CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), centro diagnóstico, fórum, hospital regional ou pelo posto de saúde.

Logo após esse encaminhamento ou procura espontânea, acontece o “acolhimento”, e em seguida vem o acompanhamento que ocorre em grupo por meio de: palestras, oficinas de arte, oficinas pedagógicas, grupo terapêutico, oficina terapêutica, grupo terapêutico de cuidadores de idosos e grupo terapêutico de A. D. (Álcool e Drogas); e tem também o acompanhamento de forma individual, através de: psiquiatria, clínico geral, serviço social, terapeuta ocupacional, pedagogia, psicologia, enfermagem e farmacêutico.

Foi realizada entrevista com funcionários (Coordenadora e Psicólogo) do CAPS/Cametá, e por meio delas levantou-se alguns questionamentos em relação aos seus serviços prestados.

De acordo com os relatos, o CAPS passou a atuar no município a partir de 2011, e conta com algumas campanhas no sentido de prevenção e/ou de problemáticas de ordem psicossocial, entre elas existem: o janeiro branco, que é uma campanha brasileira iniciada em 2014 que busca chamar a atenção para o tema da saúde mental na vida das pessoas.

O mês de janeiro foi escolhido porque é neste mês que as pessoas estão mais focadas em resoluções e metas para o ano; e o setembro amarelo, que é uma campanha brasileira de prevenção ao suicídio, iniciada em 2014, o mês de setembro foi escolhido para a campanha porque, desde 2003, o dia 10 de setembro é o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio, e é uma

forma de conscientizar a população ao redor do tema do suicídio, prática geralmente associada a depressão, essa campanha é divulgada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Centro de Valorização da Vida (CVV).

No dia 15 de setembro de 2021, o CAPS II- Cametá, em parceria com a prefeitura municipal, realizou uma caminhada simbólica em prol do “setembro amarelo”, com o objetivo de conscientizar a população sobre as doenças mentais, como depressão e ansiedade (Figura 1).

Figura 1: Caminhada “setembro amarelo”.



Fonte: Amaury Serrão, 2021.

Atos como este, são de grande relevância, pois agem como uma forma de prevenir o suicídio através de diálogos e discussões que abordem o problema. Pois, mesmo com tantos casos evidentes, ainda existe uma significativa barreira para falar sobre esse assunto.

Um outro questionamento levantado foi a respeito se o CAPS consegue definir o histórico familiar do paciente, se existe alguma predominância ou semelhança entre os pacientes e seus familiares. E de acordo com o Psicólogo, existem alguns instrumentos explicados por determinados autores, como o Genograma: que é capaz de informar sobre os membros de uma família e suas relações por pelo menos três gerações, além de ser considerada uma rica fonte de hipóteses sobre como o problema clínico pode estar

relacionado com o contexto familiar, o genograma ainda pode ser usado como um fator educativo que permite ao paciente e sua família ter noção sobre as repetições dos processos que ocorrem e como eles se repetem (McGoldrick et al, 1995). Atualmente esse instrumento ainda não é utilizado no CAPS municipal.

Um outro instrumento é o Ecomapa, que útil para avaliar as relações familiares com o meio social, e pode ser definido como uma visão gráfica do sistema de uma determinada família, através do ecomapa pode-se avaliar os recursos e as necessidades (Agostinho, 2007).

A coordenadora do CAPS-Cametá também explica sobre as dificuldades encontradas pelo centro, e entre elas pode-se destacar a ausência de uma área que oferte retaguarda clínica, um espaço ambulatorio para um atendimento especializado. Pois, quando determinada pessoa apresenta um surto psicótico muitas famílias, na pressa, levam para a UPA (unidade de pronto atendimento), no entanto eles não recebem o atendimento especializado para seu caso. Se o CAPS municipal contasse com uma área clínica, muitos pacientes já seriam encaminhados diretamente para lá, e em seguida já iniciariam seus tratamentos.

Segundo os funcionários entrevistados, entre os diagnósticos mais recorrentes encontrassem: a depressão e ansiedade.

Vale ressaltar, que devido a pandemia do coronavírus, ocorreu um aumento no número de usuários do programa, em janeiro de 2021 eram 2.300 pacientes, já em agosto do mesmo ano esse número subiu para 3.162 usuários, ou seja, houve um aumento de 37,47% na procura dos atendimentos no CAPS.

Diante desse aumento no número de usuários, faz-se necessário algumas considerações. Em 31 de dezembro de 2019, a OMS foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, pois o surto da doença já atingia vários países e regiões do mundo.

No Brasil, o primeiro caso confirmado foi em 26 de fevereiro, em São Paulo. No mesmo mês, começaram as primeiras ações governamentais ligadas à pandemia da COVID-19, desde então, as ações governamentais foram variadas, e utilizadas medidas de prevenção/distanciamento como o *lockdown* (fechamento/confinamento), a partir daí houve

o bloqueio total das entradas de determinada região, a circulação de pessoas na cidade também ficou restrita e apenas profissionais dos serviços considerados essenciais, principalmente relacionados aos setores de saúde e alimentação, podiam circular.

De acordo com dados da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a pandemia de Covid-19, produziu repercussões e impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos em escala global. Tudo isso abalou a sustentação econômica da população, a saúde mental das pessoas e trouxe o temor pelo risco de adoecimento e morte.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), alertou que a pandemia da COVID-19 podia aumentar os fatores de risco para suicídio, pois, o coronavírus estava afetando a saúde mental de muitas pessoas, e estudos recentes mostravam um aumento da angústia, ansiedade e depressão, especialmente entre os profissionais de saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, antes da pandemia, o Brasil já era o país mais ansioso do mundo e, também, apresentava a maior incidência de depressão da América Latina, impactando cerca de 12 milhões de pessoas. E durante a pandemia, a situação se agravou: estudo realizado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UEFJ) revelou um aumento de 90% nos casos de depressão; já o número de pessoas com crises de ansiedade e sintomas de estresse agudo praticamente dobrou entre março e abril de 2020.

A pandemia afetou a sociedade em diversas áreas. Por exemplo, no campo financeiro houve um grande impacto, pois, vários tipos de empreendimentos tiveram que ser interrompidos, o que infelizmente resultou na perda de empregos e também na falência de muitas empresas e negócios. Com o desemprego, surge os sintomas depressivos e ansiosos, porquanto aparece o medo de não conseguir arcar com as responsabilidades mensais.

Além desse fator relacionado ao fechamento de empreendimentos, foi preciso promover o isolamento social para diminuir a propagação do vírus, e com isso familiares que antes mantinham contato com frequência precisaram adiar seus encontros. Para alguns tudo isso causou grande sofrimento, levando em consideração que existiam pessoas que moravam sozinhas e ficaram sem companhia durante todo o período de quarentena.

Havia também o medo de ser infectado, algo que mexia bastante com o psicológico de muitos, pois o aumento repentino no número de mortos despertou grande alerta na sociedade,

principalmente em relação aos mais velhos e às pessoas com comorbidades. Perante todos esses fatores, cada pessoa reage de forma diferente, muitas se sentem confusas e ansiosas, e essas reações atingem negativamente a saúde mental. Diante desse panorama vivenciado, muitas pessoas foram afetadas psicologicamente.

Apesar de todos os fatores já mencionados, o número de suicídios ainda é ignorado por grande parte das pessoas. A imprensa raramente noticia algo sobre o assunto, talvez pelo fato de muitos acreditarem que isso possa induzir outras pessoas.

O que pode se perceber é que o suicídio é um tema polêmico, e muitas vezes existem as dúvidas de que abordá-lo possa provocar dor e questionamentos. Mas, vale ressaltar que o único caminho para esclarecer as dúvidas a respeito é o debate sobre o assunto, além do diálogo entre imprensa e sociedade. Porém, isso não é papel apenas dos meios de comunicação, não se pode esquecer que cada um de nós pode fazer sua parte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho enfatizou acerca do suicídio, discutindo desde as linhas de pensamento da antiguidade, que abordam esse assunto, até a idade contemporânea. Entre as linhas da antiguidade encontramos alguns autores, como Durkheim (1897), que em seu livro “o suicídio”, entendia esse fenômeno como um fato social e na visão do sociólogo uma pessoa se suicida por: excesso de coercitividade, por motivos de pressão ou de frouxidão nas normas. Já Minois, em sua obra “história do suicídio” faz um denso apanhado ao longo da Idade Média e no Renascimento chegando à Revolução Francesa e ao Século XX, procurando encontrar as raízes filosóficas para se entender as mortes voluntárias; para o autor a morte voluntária é um tipo de óbito cujo significado não é de ordem demográfica, mas filosófica, religiosa, moral, cultural. O autor Marzio Barbagli, em sua obra “O suicídio no Ocidente e no Oriente” traz um panorama das motivações e significados da decisão de suicidar-se tomada por homens e mulheres de diferentes culturas ao longo dos séculos; ele faz uma abordagem baseada em Durkheim no sentido de atualizar suas teorias sobre o suicídio; o autor examina a partir de um ponto de vista sociocultural, religioso e político inúmeras possibilidades, como por exemplo: uma vingança ou arma contra inimigos, como uma defesa da honra de um herói ou um ato virtuoso de uma esposa com relação ao marido.

Com o passar do tempo, percebemos que a sociedade tem se tornado cada vez mais individualista, em que predomina as relações de competição. Os aspectos associados ao cotidiano das pessoas também fazem parte dessa atualidade, já não há tanto espaço para trocas afetivas, os valores da produtividade estão acima do valor da vida. Todos esses aspectos contribuem para o suicídio, pois com isso se agravam problemas como ansiedade e depressão.

A miséria e os declínio físico e moral continuam sendo as principais causas que levam uma pessoa a cometer suicídio, contudo, surge um elemento novo, que é o alcoolismo. Segundo os dados da OMS (2016), cerca de 5% a 10% das pessoas dependentes de álcool terminam suas vidas pelo suicídio.

Nesse sentido, a leitura geográfica tem sua contribuição, sobretudo através da geografia da saúde. Pois, com o surgimento de novas doenças, tecnologias, o aumento da população e carência de novas abordagens, exige-se o desenvolvimento e aplicação de novas metodologias a serem aplicadas (Santana, 2014). É aí que a geografia da saúde surge como forma de auxiliar a suprir essas determinadas carências.

Através da intervenção da geografia da saúde, é possível ler e interpretar os fatos, além de estabelecer hipóteses explicativas e de ação sobre alguns dos problemas existentes (Santana, 2014). A geografia da saúde, sobretudo o geógrafo, são importantes nessa discussão acerca dos casos de suicídio, pois, de acordo com Damiani (1991), a função da Geografia é ir além da quantificação dos dados, necessitando antes de tudo, interpretá-los e entendê-los.

No decorrer do texto foram apresentados alguns dados sobre o suicídio no município de Cametá, cedidos pela polícia civil (2018 - 2021), pela secretaria municipal de saúde (2011-2021) e pelo hospital regional de Cametá (2015-2020). Ao observar os dados municipais podemos obter algumas informações relacionadas à: faixa etária, sexo, localidade, métodos utilizados, e sobre o quadro psicológico das vítimas. Observou-se que entre os anos analisados, a tentativa de suicídio foi maior entre o sexo masculino; já em relação à faixa etária, a predominância foi maior entre as pessoas de 65 anos em diante; e a método mais utilizado para cometer o suicídio, foi através do enforcamento.

Além da contextualização acerca do suicídio, o presente trabalho abordou acerca da abrangência do CAPS para com esse fenômeno, sobretudo dos casos no município de Cametá. O CAPS, pode ser considerado como uma alternativa extra-hospitalar para substituir o manicômio e são áreas estratégicas que agem no processo de consolidação da reforma psiquiátrica (Silva, 2015).

O município conta com um CAPS II, para atender a população em geral, e esse centro oferta um serviço gratuito oferecido pelo SUS, para tratamento e acompanhamento de pessoas com sofrimento mental; prestando serviços, como: atendimento individual, atendimento em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento e orientação familiar, atividades culturais em datas comemorativas.

No entanto, faz-se necessário ir além desses centros de apoio, é preciso conscientizar a população em geral para saber identificar quando determinada pessoa está passando por situações adversas, com pensamentos suicidas. Diante disso, enumeramos algumas características de pensamento suicida que podem ser identificadas, e que merecem atenção, entre elas : insinuações de cansaço da vida, desejo de morte, perda de perspectivas, falta de interesse por atividades gerais; existem ainda outras situações que podem ser percebidas por familiares ou amigos, como por exemplo: tentativa de resolução de pendências, desinteresse em se cuidar, falta de projetos de médio e longo prazo, humor apático e diminuição da interação com pessoas próximas, queixas constantes de sintomas relacionados à angustia.

E quais as medidas cabíveis que devemos tomar diante dessas características para ajudar quem está precisando? A primeira barreira a se romper acerca do suicídio, é desconstruir preconceitos. É preciso entender que verbalizações de sofrimento e atitudes como a perda da vontade de viver são condições que não devem ser ignoradas. Julgar a dor do próximo, como se fosse uma tentativa de chamar a atenção ou como “falta de religião” entre outras coisas, saem do interesse do comportamento de ajuda.

Cabe à todos ofertar espaço para acolher e conduzir o indivíduo à ajuda especializada, não o deixando sozinho. É preciso ir além de palestras e passeatas, é imprescindível ser empático nesse mundo atual.

Compreender os sentimentos das pessoas que precisam de ajuda é muito importante. Nesse sentido, é necessário ter empatia e sempre mostrar que elas não estão sozinhas, sendo sensível às suas questões. Lembre-se que você pode ser a única saída naquele momento.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. **Ecomapa**. Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar. Volume 23, nº 3, 2007.

ALMEIDA, F. M. Aurora, Marília, v.11, n. 1, p. 119-138, Jan/jun., 2018.

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Disponível em: <https://www.abp.org.br/>. Acesso em: 07 de julho de 2021.

BARBAGLI, Marzio. **O suicídio no ocidente e no oriente**; tradução de Frederico Carotti.-Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 09 de julho de 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Plano diretor. Brasília, 2018.

Brasília: **Fiocruz**, Ministério da Saúde, Brasil. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>>. Acesso em: 23 de agosto de 2021.

DAMIANI, Amélia Luisa. **População e Geografia**. São Paulo: Contexto, 1991.

DUNKER, C. I. **A pena de Maat e a escuta trágica do suicídio**. CULT – Revista Brasileira De Cultura. Editora Bregantini, SP, 2019.

DURKHEIM, Émile, 1858-1917. **O suicídio: estudo de sociologia**. Tradução: Monica Stahel – São Paulo: Martins Fontes (coleção tópicos), 2000.

FILHO, D. B. F. **O que dizem os números sobre suicídio no Brasil**. Revista questão de ciência, 2019.

GONÇALVES, L. R. C; E; JUNIOR, L. B. O. **Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional**. Nova Economia. Belo Horizonte_21 (2)_281-316_maio-agosto de 2011.

IANNINI, G. **O Tabu do suicídio**. CULT – Revista Brasileira De Cultura. Editora Bregantini, SP, 2019.

IBGE. **Indicadores de desenvolvimento sustentável: Brasil 2010**. IBGE, 2010.

LÖWY, Michael. Um Marx insólito. In: MARX, Karl. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARX, K. Entrevista a R. Landor. *The World*, Londres, 18 de julho de 1871.

MCGOLDRICK, M., & GERSON, R. Genetogramas e o ciclo de vida familiar (M. A. V. Veronese, Trad.). In B. Carter & M. McGoldrick, M. (Eds.), **As mudanças no ciclo de vida familiar – Uma estrutura para a terapia familiar** (2. ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. 1995.

MINOIS, Georges. **História do suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária**. Editora Unesp - SP, 2018.

MOTA, A. A. **Cartografia do Suicídio no Brasil no Período 1979 2011**. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Jun/2015, p. 85 – 98.

MOTA, Adeir Archanjo da. **Suicídio no Brasil e os contextos geográficos: contribuições para política pública de saúde mental** - Presidente Prudente: [s.n], 2014.

NOGUEIRA, Helena; REMOALDO, Paula Cristina. **Olhares Geográficos Sobre a Saúde**. Colibri, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Dados sobre suicídio para diversos países**. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 22 junho de 2021.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Washington, DC, setembro, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-9-2020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores-risco-para-suicidio>. Acesso em: 23 de agosto de 2021.

SANTANA, Paula. **Introdução à geografia da saúde: território, saúde e bem-estar**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014.

SANTOS, M. T. **Consumo de álcool é um dos principais fatores de risco para o suicídio**. Revista veja saúde, 17 set 2018. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/consumo-de-alcool-e-um-dos-principais-fatores-de-risco-para-o-suicidio/>. Acesso em: 07 de julho de 2021.

SILVA, A. B., PINHO, L. B. **Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial**. Revista enfermagem - UERJ, Rio de Janeiro, 2015.

VALCAN. C. **O suicida ou a era do niilismo**. Pequena biblioteca de ensaios, 2016.