

ANÁLISE GEOCARTOGRÁFICA MULTIESCALAR DO SUICÍDIO NA AMÉRICA LATINA E CARIBE

Adeir Archanjo da Mota

Departamento de Geografia – FCH, Universidade Federal da Grande Dourados
Líder do grupo de pesquisa “Saúde, Espaço e Fronteira(s)”
Rodovia Dourados/Itahum, Km 12, CEP 79.804-970, Dourados - MS
adeirmota@ufgd.edu.br

Recebido 12 de maio de 2015, aceito 15 de julho de 2015

RESUMO - A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem divulgado estudos sobre a saúde mental e a prevenção do suicídio no início do século XXI, o que era eventual até a década de 1990. O aumento do interesse pela temática está relacionado a rápida expansão das quantidades e das taxas de suicídio nas últimas três décadas. O objetivo do presente estudo foi analisar geocartograficamente o suicídio na América Latina e Caribe de forma multiescalar. A metodologia conta com a revisão bibliográfica das categorias: suicídio, análise espacial e multiescalaridade. A elaboração de mapas temáticos com diferentes níveis territoriais e com maior número de classes de agrupamentos de dados permitiram a melhor apreensão da complexidade inerente a espacialidade do fenômeno. A análise multiescalar do suicídio, partindo do recorte espacial latino-americano e caribenho, passando pelas escalas nacional, mesorregional até a escala local permite evidenciar as diferenciações espaciais do suicídio e propor políticas públicas de saúde mental mais equitativas, mais eficazes e mais eficientes.

Palavras-chave: Geografia da Saúde, Suicídio, Análise Espacial, Cartografia Temática.

ABSTRACT - The World Health Organization (WHO) has published studies on mental health and suicide prevention in the early twenty-first century, what was not common until 1990s. The increase in interest in the area is related to rapid expansion of quantities and suicide rates in the last three decades. The aim of this study was to

analyze geocartographically suicide in Latin America and Caribbean multiscale way. The methodology relies on the literature review of the categories: suicide, spatial analysis and multi scalarity. The preparation of thematic maps of different territorial levels and greater number of data arrays of classes allowed better understanding of the complexity of the spatiality of the phenomenon. The multiscale analysis of suicide, based on the Latin American and Caribbean spatial area, through the national scales, regional to the local scale allows to highlight the spatial differentiation of suicide and propose public policies more equitable mental health, more effective and more efficient.

Keywords: Health Geography, Suicide, Spatial Analysis, Thematic Cartography.

INTRODUÇÃO

Os óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente (LAI), comumente denominados por suicídios, são um sério problema de saúde pública para muitos países. Com os dados de 56 países, enviados na década de 1990, para Organização Mundial da Saúde (OMS), Diekstra (1995) afirma que este tipo de mortalidade está entre os 10 principais tipos de causas e para a faixa etária de 15 a 34 anos encontra-se na segunda ou na terceira posição.

As denominadas lesões autoprovocadas intencionalmente na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e no Sistema de Informações de Saúde (SIS), do Ministério da Saúde do Brasil, é o ato de se autoinfringir/ autoviolentar, que pode levar a internação e a óbito. Neste estudo as lesões autoprovocadas intencionalmente aparecerão como tentativa de suicídio, ou na forma abreviada de LAI. No caso que estas lesões autoprovocadas intencionalmente levar a óbito, será denominada de suicídio, de autoagressão letal ou autoviolência letal.

O Relatório Mundial da Saúde, divulgado pela OMS, no primeiro ano do século, estimou que 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações

neurobiológicas, problemas psicossociais ou relacionados ao abuso de álcool e de drogas (WHO, 2001). Conforme a OMS, ocorrem no mundo cerca de cem suicídios a cada hora, o que totaliza anualmente 844 mil óbitos por autoviolência. Em menos de 5 décadas, estas taxas aumentaram 60% (WHO, 2010).

Neste artigo, iniciaremos apresentando a espacialidade do suicídio na América Latina e Caribe, evidenciando o impacto de mapas publicados pela OMS, elaborados com duas ou três classes de agrupamento de dados e com esquema de cor divergente/dicotômico, pretensiosamente com alto potencial de comunicação da geoinformação. A redução da alta variabilidade de dados induz a equívocos que podem resultar, principalmente em países que não possuem especialistas em geoinformação que participam da elaboração de políticas públicas de saúde.

As análises espaço-temporais são imprescindíveis para formular políticas públicas mais eficazes. Para realizar estas análises utilizou-se os dados da América Latina e Caribe (OPAS, 2013), do Brasil, das unidades federadas, das mesorregiões geográficas e dos municípios brasileiros (Brasil, 2013) para evidenciar como a análise geocartográfica multiescalar, que torna a análise mais complexa, pode potencializar a apreensão do fenômeno estudado e, principalmente, auxiliar na elaboração de políticas públicas mais equitativa, mais eficiente e mais eficazes.

A construção de uma leitura sobre qualquer objeto de pesquisa acontece por aproximações, quer em relação às experiências pessoais, profissionais e acadêmicas quer em relação às temporalidades e escalas geográficas analisadas. A partir das reflexões de Maurice Merleau-Ponty, sobre o “pensamento de sobrevoos”, Souza (2007) alerta os geógrafos e os demais estudiosos sobre as limitações de se ater apenas à análise e à ação da macroescala, sem combinar as escalas do “olhar de longe” até a do “mergulho no cotidiano”. Os estudos com recortes macroescalares permitem identificar e contextualizar as meso e microescalas prioritárias para novos estudos. Estes estudos realizados nessas

escalas complexificam a leitura da macroescala, sendo ambas imprescindíveis para apreensão dos fenômenos espaciais.

A geógrafa Iñiguez Rojas (2006) afirma que o bem-estar tem sido pouco estudado pelos geógrafos. Ao discutir o papel do geógrafo e as contribuições da Geografia para a Saúde Coletiva, Barcellos afirma que o reconhecimento pode se dar pelo “comprometimento com as grandes causas de Saúde Coletiva” e que as contribuições superam a aplicação do Geoprocessamento. O autor ainda defende que “a interpretação dos mapas e outros resultados gerados por essas técnicas também exigem uma compreensão do espaço geográfico e o modo com que esse espaço produz riscos ou promove condições coletivas de proteção” (Barcellos, 2008).

A saúde mental registrou, na última década, recordes nas taxas de mortalidade no Brasil. No contexto internacional, este país figura entre a terça parte com as taxas mais baixas de suicídio, conforme estimativas da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012a). Essa realidade se transforma ao dar um “zoom”, ao analisar as escalas cartográficas maiores, revelando a diversidade da unidade Brasil, na qual parte significativa dos municípios possuem taxas muito altas, bastante discrepantes da “média” do país.

PROCEDIMENTOS EXECUTADOS

A elaboração deste estudo se deu pela interpenetração dos referenciais teórico-metodológico, empírico e técnico com o objeto de estudo, resultando no artigo científico apresentado. O referencial teórico-metodológico compreendeu a revisão de literatura sobre as categorias de análise: análise espacial, suicídio e multiescalaridade. Estas categorias contribuem para compreender a complexidade das análises geocartográficas multiescalares, evidenciando, pela abordagem quantitativa, as limitações e as possibilidades de dois níveis de

empreender a análise espacial: a) apenas por macro unidades espaciais e com duas ou três classes de agrupamentos de dados; e b) por macro, meso e micro unidades espaciais e com quatro ou mais de classes intervalares.

O referencial empírico são os seguintes dados secundários: a) taxas de mortalidade por suicídio dos países latino-americanos e caribenhos, levantados junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2013); b) taxas de mortalidade calculadas para as unidades federadas, para as mesorregiões geográficas e para dos municípios brasileiros, computadas com os dados do Departamento de Informática do SUS (Brasil, 2013) e com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tanto dos Censos Demográficos de 1980 a 2010 (IBGE, 2012b), quanto das Estimativas Populacionais de 1979 a 2009 (IBGE, 2012a).

A taxa de mortalidade é computada pela quantidade de óbitos em dado período de uma população por cem mil habitantes (Costa *et al.*, 2009). Para caracterizar suicídio se utilizou a Décima Revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Compreende-se como: a) tentativa de suicídio, a internação por lesões autoprovocadas intencionalmente (X60 a X84); e, b) suicídio, o óbito pela mesma LAI.

A comparação da mortalidade por suicídio entre países foi realizada com base na tipologia elaborada por Diekstra e Gulbinat (1993), em quatro níveis:

- a) baixa mortalidade, os países que possuíam taxas até 5 suicídios por 100 mil habitantes;
- b) média mortalidade, os países com taxas de 5 até 14,99 suicídios/100 mil;
- c) alta mortalidade, os que apresentaram taxas de 15 até 29,99/100 mil; e,
- d) muito alta, os que possuíam taxas de 30 ou mais/ 100 mil habitantes.

O recorte temporal é a primeira década do século XXI, cada país latino-americano e caribenho informa a OPAS com dados de anos diferentes, assim não se pode delimitar apenas um ano como referência para comparação internacional. As taxas de mortalidade por suicídio das unidades espaciais brasileira foram computadas pela média trienal, compreendendo os anos de 2009, 2010 e 2011. Para apreendermos o processo de expansão espacial das taxas de mortalidade no Brasil realizamos o mapeamento para os triênios que permitiram utilizar os dados dos censos demográficos, diminuindo os erros estatísticos inerentes as estimativas populacionais.

No referencial técnico, foram utilizados os *softwares* ArcGIS 10.2 e Philcarto 5.75, para análises espaciais e para elaboração dos mapas; e, Microsoft Office Excel 2010 para auxiliar no agrupamento dos dados e para elaborar os gráficos.

O Geoprocessamento foi um dos principais instrumentais técnico-científicos utilizados no estudo, com destaque para a construção de um banco de dados geográfico de saúde mental do Brasil e para visualização e comunicação cartográficas em Cartografia Digital. A análise espacial dos dados de saúde coloca desafios e possibilidades, dos quais se apontam: os eventos de saúde acontecem no indivíduo, enquanto as análises espaciais ocorrem no nível populacional; os macrodeterminantes sociais e ambientais, “externo” as pessoas, torna imprescindível a aplicação do Geoprocessamento para análise de dados com origem em diferentes sistemas de informações (Barcellos e Ramalho, 2002).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O suicídio intriga leigos e estudiosos desde a Antiguidade, sendo objeto de estudo de múltiplos filósofos e médicos, que ora associavam a insanidade mental ora atribuía ao clima ora a raça e a hereditariedade. No final do século XIX, o filósofo, pedagogo e cientista social Émile Durkheim (1858-1917) publicou “O Suicídio”

(1897), uma obra que buscou aplicar o acúmulo de experiências e da teoria sociológica publicada dois anos antes em “As regras do método sociológico”. Este autor positivista recebeu influência das escolas inglesa e alemã, das quais influenciou o seu pensamento o idealismo, o empirismo e o utilitarismo.

O suicídio é considerado um fato social, resultante dos níveis de integração social nos distintos grupos sociais (Durkheim, 1986). A obra “O Suicídio” é seccionada em quatro partes: na primeira introduz a discussão sobre o fenômeno, classifica e conceitua o suicídio e começa a distinguir a abordagem sociológica da psicológica; na segunda parte “Os fatores extra-sociais”, contra-argumenta os estudos que associam o suicídio aos estados psicopáticos, a escola italiana, a hereditariedade e a imitação e afirma que estas abordagens podem explicar casos eventuais, o que contribui pouco para entender a distribuição geográfica da taxa social de suicídio; na terceira parte “Causas sociais e tipos sociais” expõem o método para determiná-los e em seguida os tipos de suicídios: egosista, altruísta, anômico e fatalista, analisando os condicionantes sociais culturais, políticos e socioeconômicos: religiões, estado civil, paternidade, poder público, crises econômicas e riqueza; na quarta parte “Do suicídio como fenômeno social em geral”, o autor faz considerações gerais das quais se destaca a discussão sobre homicídio e finaliza apontando consequências práticas (Durkheim, 1986).

Ainda nesta obra, Durkheim define suicídio como “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que esta sabia que produziria este resultado”. Esta definição é semelhante à publicada pela OMS quase um século posterior, que sintetizou o ato suicida como um ato consciente sobre a própria pessoa que espera um desfecho fatal (WHO, 1993).

O suicídio pode ser considerado ainda um transtorno multidimensional, resultado de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos,

psicológicos, sociológicos e ambientais (WHO, 2000), ao qual se podem acrescentar as dimensões culturais, políticas e econômicas. Este ato é um tipo de morte evitável e os principais fatores de risco são os transtornos mentais, com destaque para depressão, e os transtornos por consumo de álcool e outras drogas, a violência, as sensações de perda e os contextos culturais e sociais (WHO, 2012b).

O suicídio pode ser associado ao contexto mais amplo da saúde mental e correlacionado ao ambiente social e familiar (Giggs, 1973). Ainda que se deva sempre considerar os indivíduos mais suscetíveis, o suicídio, como qualquer doença mental, ganha contornos bio-psico-sociais muito diferenciados dependendo do lugar em que vive o cidadão (Meade *et al.*, 1988). Estudos realizados indicam que as condições de vida e as formas de adoecer e morrer também são desiguais no interior do espaço urbano (Bando e Barrozo, 2010). Assim, a promoção da saúde mental também exige, necessariamente, a implementação de medidas de caráter preventivo diferenciado para o risco do suicídio, considerando as necessidades básicas de cada ambiente social, dentro das características psicossociais de seus habitantes.

Em comparação internacional para o ano de 2011, o Brasil possuiu taxa de suicídio inferior a dois terços de mais de 100 países que enviaram dados de mortalidade para Organização Mundial de Saúde. A representação cartográfica (Figura 1) disponibilizada pela OMS (WHO, 2012a) é de baixa resolução, com o esquema de cor divergente e o agrupamento de dados em apenas três classes. Esta classificação não se apoiou na tipologia de Diekstra e Gulbinat (1993), convencionalmente adotada pela própria OMS, nem explicitou a justificativa para a classificação empregada.

A **Figura 1** foi exposta na rede mundial de computadores pela principal organização de saúde do planeta, “informando” os países que devem ser

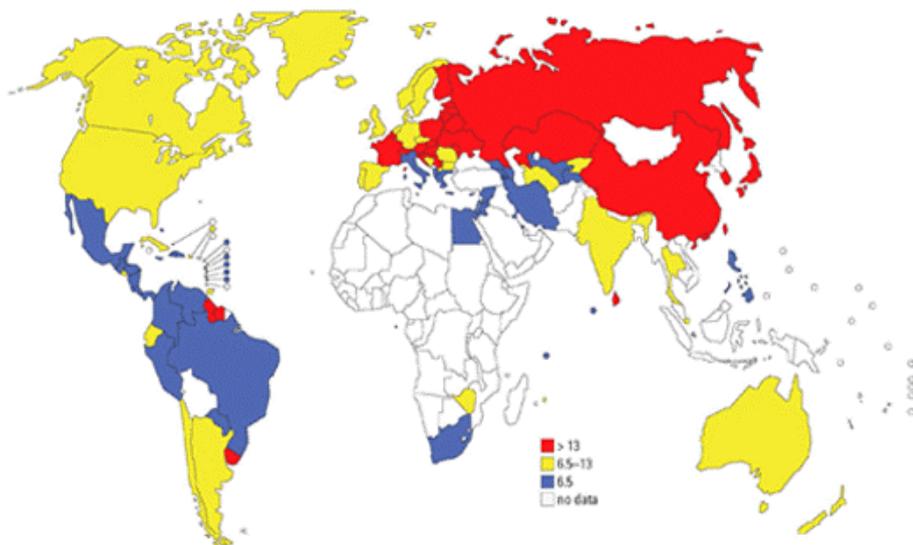


Figura 1: Mortalidade por suicídio (por 100 mil habitantes) em 2011.

Fonte: WHO (2012a).

estudados, monitorados, incentivados a elaborar políticas públicas específicas, sem avaliar os processos espaço-temporais em cada região do planeta. Em síntese, o caráter dicotômico da representação cartográfica da OMS reforça o desinteresse de pesquisadores e de políticos de países que foram coloridos com a cor azul, sem realizar ressalvas a respeito das diferenciações espaciais de cada território nacional.

Na representação cartográfica da mortalidade por suicídio em 2011, publicado pela OMS, 11 países latino-americanos possuem baixa taxa de mortalidade, evidente pelo esquema de cor adotado, o esquema divergente (azul – amarelo – vermelho), enquanto a representação cartográfica com maior número de classes (Figura 2) evidencia que apenas 5 países contam com baixa mortalidade por esta causa. Alguns países se fundamentam apenas nos estudos da OMS para formularem política pública de saúde mental. Orientar as políticas públicas

nacionais de saúde apenas por dados macro escalares podem resultar em baixa efetividade das ações e em baixa eficiência dos sistemas de saúde nacionais.

Ao dispor a mortalidade por suicídio nos países latino-americanos e caribenhos em intervalos de classes menores, se observou um aumento significativo na variabilidade das taxas, com destaque para os países situados no Caribe (**Figura 2**).

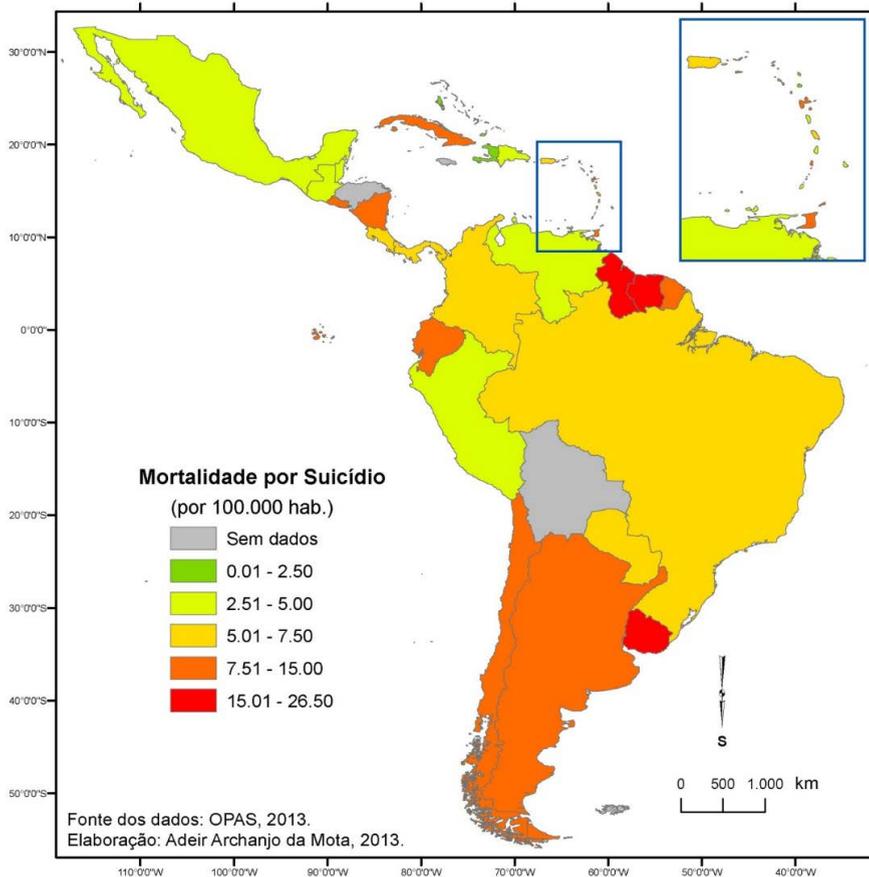


Figura 2: Mortalidade por Suicídio na América Latina e Caribe

As taxas de mortalidade dos países latino-americanos e caribenhos são estimadas e padronizadas. Os anos de referências são diferentes para cada país: 2004 (Haiti, República Dominicana, Santa Lúcia e Uruguai), 2005 (Bahamas, Guadalupe, Guaiana Francesa, Martinica e Suriname); 2006 (Barbados, Guiana, Nicarágua e Trinidad e Tobago); 2008 (Dominica); 2007 (demais países com dados disponíveis). Esta informação foi ignorada na elaboração da Figura 1, exposta no site da OMS, induzindo ao pensamento de ter sido um ano de referência para todos os países, além da provável confusão de ter incluído no título a data de elaboração e não dos dados de mortalidade enviadas por cada país em temporalidades diferentes.

O Brasil, em comparação com os demais países da América Latina e Caribe, encontra-se em uma posição intermediária, com taxa de mortalidade por suicídio de 5,62 por 100 mil habitantes (OPAS, 2013). Ainda em relação a esta comparação, o país possuía em 2007 uma taxa mais de três vezes menor do que a de Guiana, o Suriname e o Uruguai, todos estes países são fronteiriços ao Brasil. O país ainda registrou taxas duas ou mais vezes as registradas no Peru, na Guatemala e em Belize.

A análise da mortalidade por suicídio por gênero em todos os países latino-americanos e caribenhos evidencia a assimetria entre a autoviolência letal de homens e mulheres (**Figura 3**).

Nas estatísticas e nas histórias orais, o sexo masculino – o ser homem – se associa a atos violentos, que se revelam de múltiplas formas e intensidades, se adequando às conformações socioculturais dos contextos geográficos, se evidenciando como: violência moral ou violência física; violência urbana ou violência rural; violência pública ou violência privada; violência ao outro ou autoviolência, sendo a letalidade desta última a temática privilegiada neste estudo.

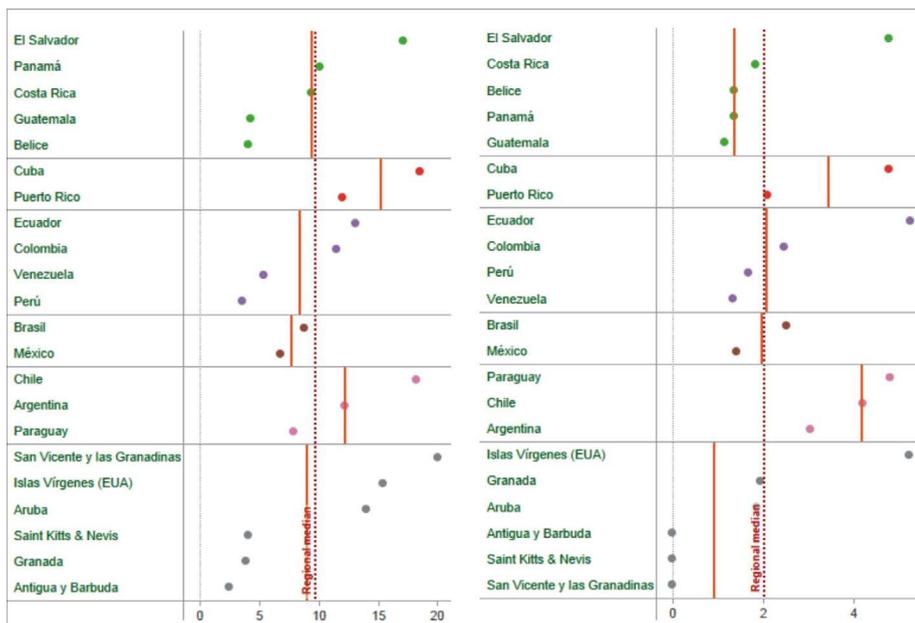


Figura 3: Mortalidades masculina (esq.) e feminina (dir.) por suicídio na América Latina e Caribe, 2007.

Fonte: OPAS (2013).

Esses resultados se relacionam ao ser homem na sociedade ocidental, que é diretamente associado à insensibilidade e ao comportamento violento, símbolos máximos de masculinidade impostos culturalmente de uma forma pulverizada na atmosfera cotidiana, tão forte quanto sua invisibilidade. Algumas frases reproduzidas cotidianamente por homens e mulheres de todas as idades são elucidativas, modeladoras das masculinidades: “homem que é homem, não chora”, “homem não reclama”, “homem é forte”.

Conforme a literatura, as mulheres são menos vulneráveis ao suicídio por serem mais religiosas, terem uma rede de apoio social maior, serem mais flexíveis no enfrentamento de problemas psicossociais, por acessarem mais os serviços de saúde e por utilizarem métodos menos letais nas tentativas de suicídio (Stack,

2000; Kim *et al.*, 2010).

Estudos do suicídio no Brasil com abordagem de gênero ou de faixas etárias e gênero são raros na área da saúde. Conforme Minayo *et al.* (2012) apontaram no artigo “Suicídio de homens idosos no Brasil”, após se fundamentarem sobre gênero e masculinidades, focaram na relação entre suicídio e perda do trabalho como referência existencial e no sentido de honra, que marcam a “masculinidade hegemônica” na lógica do patriarcalismo. Após realizarem autópsia psicossocial de 40 suicidas do sexo masculino e com mais de 60 anos de idade, em dez municípios brasileiros das distintas regiões geográficas, destacaram a necessidade de expansão da Política Nacional de Saúde Mental aos idosos.

Neste contexto, Minayo *et al.* (2012, p. 2673), sintetiza: “o suicídio de homens idosos fala menos da morte que das condições, situações e problemas que eles encontram ao final da vida e revela, com eloquência, o peso de questões culturais e relacionais que os descartam, os desconhecem ou os isolam”.

Excluídos desta política e impedidos de continuar a exercer a masculinidade e sexualidade no contexto social e familiar, idosos são “encaminhados” a autoagressão letal, similar ao que Durkheim (1986) denominou de suicídio anômico.

Análise espaço-temporal multiescalar de mortalidade por suicídio no Brasil

No Brasil, em um período de quinze anos (1997 a 2011), ocorreu mais de cento e vinte mil suicídios. Isto significa, em média, 23 autoagressões letais por dia (Brasil, 2013).

Ao computar as frequências absoluta e relativa das mortalidades por suicídio se identificaram os processos de expansões espacial e quantitativo das

mortalidades por suicídio no país (**Figura 4**).

A distribuição espacial por regiões também apresentou semelhanças a) ao concentrar as microrregiões com taxas média e alta no Sudeste e Sul – nos triênios 1979-1981 a 1988-1990 – e nos triênios posteriores, b) ao se expandir quantitativamente nestas regiões e se dispersar para as regiões Nordeste e Centro Oeste. Além destas tendências enunciadas pela frequência absoluta e pela taxa de óbito por TMC, a taxa ou frequência das LAI se ampliou para o Centro Oeste, alguns estados do Nordeste e algumas microrregiões do Norte do país, como se pode observar na **figura 5**.

A população brasileira sofreu uma expansão de 60,3% nas três últimas décadas, passando dos 119.002.706 para 190.755.799 habitantes, conforme os censos demográficos de 1980 e 2010 (IBGE, 2012b). No mesmo período a quantidade de suicídio aumentou 142,5%, resultando em ampliação de 53,7% na taxa de mortalidade por suicídio. Isto reforça a concepção de Durkheim (1986)

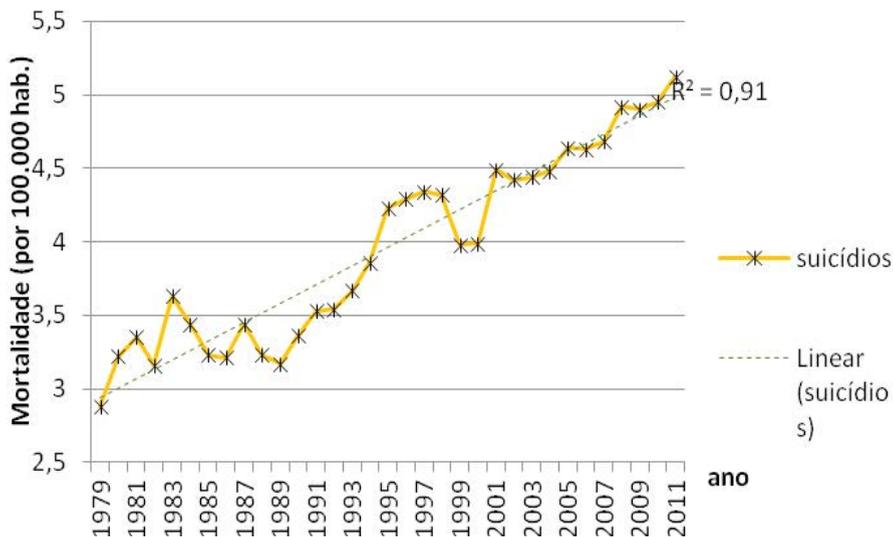


Figura 4: Taxa de mortalidade por suicídios no Brasil, 1979 a 2011.

Fonte: Brasil, 2013 (MS/DATASUS/SIM); IBGE (2012a, 2012b).

de que o suicídio é um problema social, cujas origens orgânicas e “cósmicas” não conseguem explicar o aumento da frequência nem o padrão de distribuição espacial, como se pode observar na **figura 5**.

A análise por microrregiões do IBGE (1990) pode ser considerada uma leitura geográfica com uma “lente” mesoescalar, que oferta possibilidades, mas, também, possui limitações. Esta afirmação pode ser ilustrada pela comparação dos resultados de análises por microrregiões e por municípios. Inúmeras são as possibilidades de adequar as representações cartográficas à impressão em tamanho de papel padronizado, de apreender o desenvolvimento espaço-temporal dos óbitos por LAI.

Como exemplos de limitações podem-se apontar: a distorção dos dados municipais (frequência absoluta ou relativa), ao agregar estes dados em um único número, tal generalização impede o entendimento da complexidade do fenômeno; e, a impossibilidade de regionalizar a partir do fenômeno, como possibilita a análise de agrupamento. Tais limitações exigem uma análise espacial microescalar, aqui compreendida como a análise por municípios ou em um ou mais municípios, como Guimarães (2005, p. 1023) pondera ao analisar as possibilidades de cada escala:

[...] do local para o nacional, perdem-se detalhes, mas ganham-se informações de conjunto, mais gerais, ampliando-se a compreensão do todo, a capacidade de visão e de formulação estratégica. Isso não quer dizer, todavia, que o nível nacional seja mais importante do que os níveis inferiores, uma vez que o nível local é a escala em que a política de saúde ganha capilaridade na vida cotidiana dos cidadãos brasileiros e, por isso, capacidade operacional.

Para isto, tomaram-se como unidades de análise os 5.565 municípios

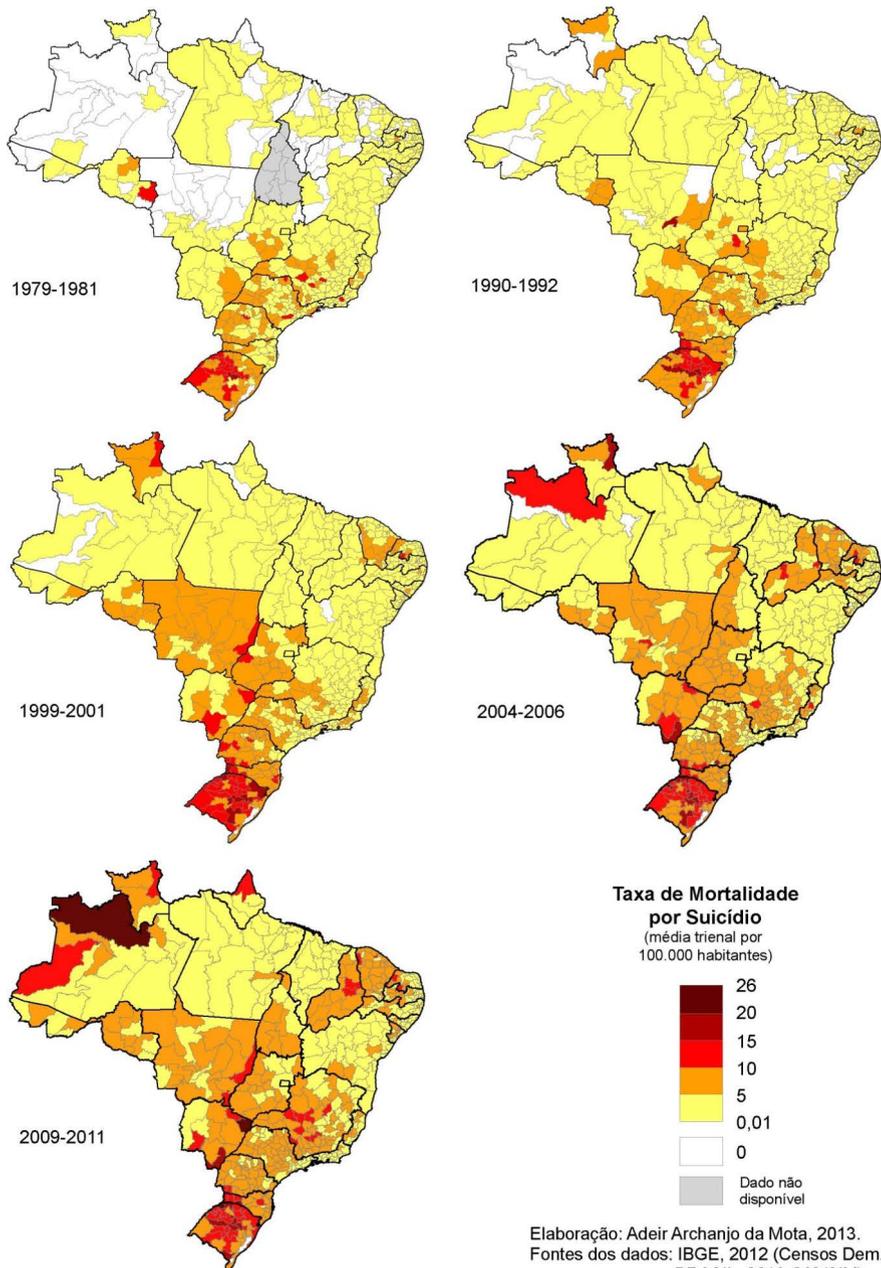


Figura 5: Distribuição espaço-temporal do suicídio no Brasil, 1979 a 2011.

brasileiros, com a taxa média do triênio 2009 a 2011. A leitura do bem-estar/mal-estar humano no território, a partir desta unidade espacial de análise, evidencia a complexidade que envolve a temática, como se pode observar na distribuição espacial dos suicídios no Brasil pela comparação dos mapeamentos por microrregiões geográficas e por municípios (**Figuras 5 e 6**).

O mapeamento da mortalidade por suicídio nos anos de 2009-2011 (**Figura 6**), por município torna evidente quatro macro padrões espaciais de distribuição do fenômeno:

- agrupamentos de municípios com frequências alta e altíssima, como se identifica em quase todo estado do Rio Grande do Sul;

- agrupamentos intermediários, localizados entre os demais tipos de padrões espaciais, presentes em quase todo país;

- agrupamentos de municípios com frequências nula e baixa, como se evidencia nas planícies e terras baixas costeiras e amazônicas e na Bahia; e,

- municípios com frequências alta/altíssima ou nula/baixa relativamente dispersos, como se observa nos estados do Paraná e São Paulo.

Um estudo mais detalhado evidencia que o que era um desafio para a Saúde Pública na escala regional até os primeiros anos do século XXI, vem se consolidando aceleradamente como um problema nacional, como evidencia os dados dos triênios 2004-2006 e 2009-2011. Este fato pode ser considerado uma espécie de *metástase do suicídio no país*, não evidente nas representações cartográficas para um ano ou para um triênio e nos estudos que apenas comparam as taxas de mortalidade ou de morbidade empregando apenas a análise de macro unidades espaciais.

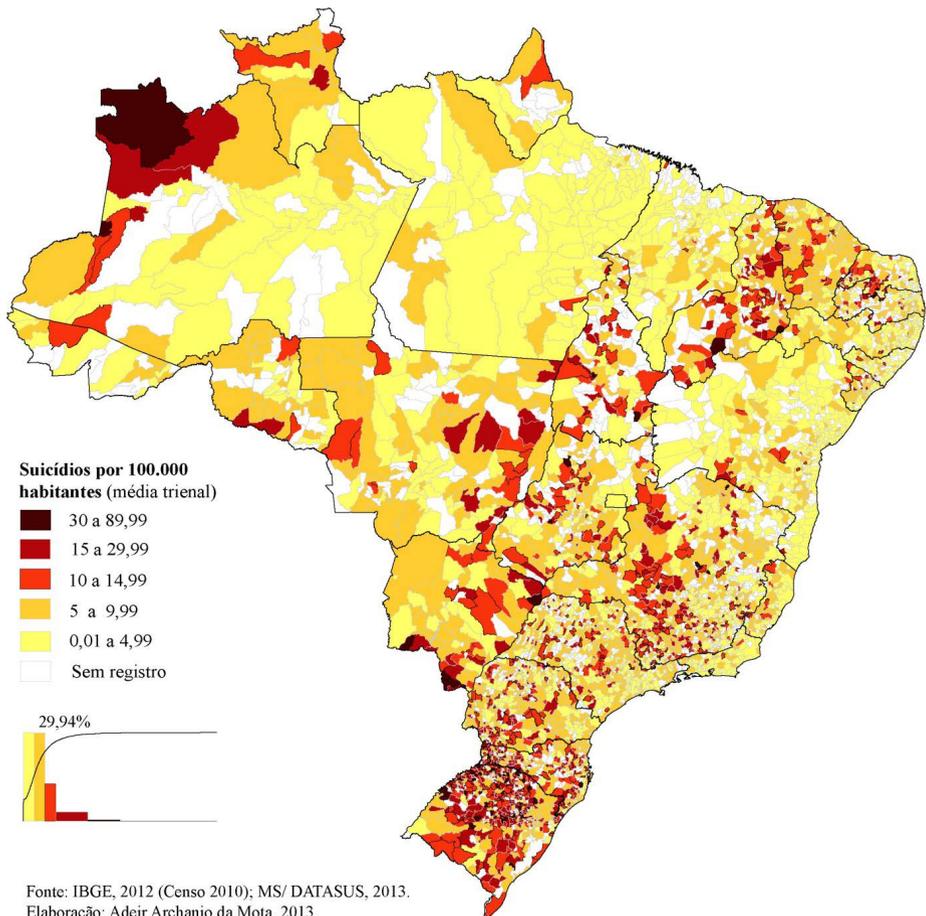


Figura 6: Mortalidade por suicídio no Brasil, 2009-2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A distribuição espaço-temporal de fenômenos ou de objetos e a análise de suas dinâmicas são basilares para os estudos geográficos. Estes estudos podem partir destas análises para cumprir com os seguintes objetivos: aumentar a compreensão de um fenômeno; fortalecer o ordenamento territorial mais equitativo; apreender os processos correlacionados e os propulsores de tais dinâmicas.

A expansão das taxas de suicídio, como se pode observar neste artigo, não é aleatória no espaço geográfico e nem no tempo. Identificar tais padrões espaço-temporais e traçar tendências fundamentadas na estatística espacial e na bioestatística são essenciais para elaboração de ações preventivas em saúde que reduza a morbimortalidade e para promoção da saúde integral.

Identificar agrupamentos municipais com determinado nível de ocorrência de um problema de saúde, compreender o processo espaço-temporal de desenvolvimento deste problema de saúde e identificar o perfil sociodemográfico de comunidades, de povos ou dos grupos sociais mais protegidos e dos mais expostos é um caminho metodológico com grande potencial para a formulação de políticas públicas de saúde mais equitativas, mais eficazes e mais eficientes. Este é o caminho que parte de uma abordagem quantitativa para identificar as espacialidades de ocorrência de problemas de saúde pública, mas que deve ser complementada por estudos qualitativos para melhor compreensão dos processos que protegem ou expõem determinados povos ou grupos sociais mais que outras. Além de identificar e de compreender os processos de saúde-doença destas populações devem-se buscar conhecimentos e práticas que permitam promover a saúde individual e comunitária.

A abordagem geocartográfica multiescalar é um caminho para apreender a complexidade das relações locais regionais nacionais continentais como ficou evidente no presente estudo. Compreender o processo espaço-temporal de um grupo de causas ou de um determinado tipo de morbidade ou de mortalidade pode contribuir para formular políticas públicas de saúde preventivas, o que corrobora para queda das taxas de morbimortalidade em regiões que já perceberam aumentos significativos e para formulação de programas de promoção de saúde nestas regiões e nas regiões adjacentes.

Os conhecimentos geográficos, com destaque para apreensão da formação

sócio-espacial e da análise do contexto geográfico, associados às aplicações técnico-científicas da Estatística Espacial, da Cartografia Temática e do Geoprocessamento, possuem potencialidade de contribuir para compreensão do suicídio. O desenvolvimento de um programa computacional Sistema de Informações Geográficas para Saúde Mental potencializará a gestão da atenção básica e dos serviços especializados e orientará a reabilitação, o tratamento, o diagnóstico, a prevenção específica e a promoção da saúde, além de promover a maior equidade social pela distribuição espacial destes serviços de forma mais equitativa. Em suma, este sistema ajudará a aumentar a acessibilidade sócio-territorial aos serviços de saúde.

Neste trabalho, a intenção foi de incluir a saúde mental e, de forma específica, o suicídio na agenda de pesquisa da Geografia da Saúde latino-americana e caribenha, até então com uma quantidade baixíssima de estudos. O estudo do suicídio, o problema mais severo e de maior impacto social, foi a porta de entrada para esta temática negligenciada pela Geografia e, de forma geral, pelas Ciências Humanas e Sociais. Até na Sociologia, que possui o clássico “O Suicídio”, um trabalho de relevância e constantemente citado nos mais variados estudos, há poucos pesquisadores na atualidade discutindo este crescente problema psicossocial. Provavelmente, não estudam o suicídio por elegerem o estudo de outras violências, mais latente nas realidades metropolitanas, nos espaços privilegiados pela concentração de instituições de pesquisa e de pós-graduação. Outro fator que contribui para explicar o baixo grau de interesse é a invisibilidade na mídia e o desinteresse promovido pelos organismos internacionais de saúde, ao insinuar que determinadas regiões do planeta estão “azul”.

AGRADECIMENTOS

O presente artigo é resultado de compilação dos primeiros itens da tese de doutoramento “Suicídio no Brasil e os Contextos Geográficos: Contribuições para política pública de saúde mental”, defendida no PPGG/UNESP – Presidente Prudente. Agradeço a orientação do Prof. Dr. Raul Borges Guimarães e o auxílio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq/Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANDO, D. H.; BARROZO, L. V. (2010). O Suicídio na Cidade de São Paulo: Uma análise sob a perspectiva da Geografia da Saúde. São Paulo: Humanitas.
- BARCELLOS, C.; RAMALHO, W. (2002). Situação Atual do Geoprocessamento e da Análise de Dados Espacial em Saúde no Brasil. *Informática Pública*, v. 4, n. 2, p. 221-230.
- BARCELLOS, C. (2008). Apresentação. In BARCELLOS, C. (org.) *A Geografia e Contexto dos Problemas de Saúde*. ABRASCO/ICICT/EPSJV, Rio de Janeiro: p. 9-14.
- BRASIL. Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (2013). In: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
- COSTA, A. J. L.; KALE, P. L.; VERMELHO, L. L. (2009). Indicadores de Saúde. In MEDRONHO, R. A. *et al.* (org.) *Epidemiologia*. Atheneu, São Paulo: p. 31-82.
- DIEKSTRA, R. F. W. (1995). The Epidemiology of Suicide and Parasuicide. In DIEKSTRA, R. F. W. *et al.* (org.) *Preventive strategies on suicide*. WHO/ Brill, New York/Leiden: p. 1-34.
- DIEKSTRA, R. F. W.; GULBINAT, W. (1993). The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Statistics Quarterly*, v. 46, n. 1, p. 52-68.

- DURKHEIM, E. (1986). *Le Suicide: Étude de Sociologie*. Paris: PUF.
- GIGGS, J. A. (1973). The distribution of schizophrenia in Nottingham. *Transactions of the Institute Medical Journal*, n. 284, p. 294-287.
- GUIMARÃES, R. B. (2005). Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 4, p. 1017-1025.
- IBGE. (1990). *Divisão do Brasil em microrregiões e mesorregiões geográficas*. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE. (2012a). Estimativas Populacionais 1998, 1999, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009. In: <http://www.ibge.gov.br>
- IBGE. (2012b). Censos Demográficos de 1980, 1991, 2000 e 2010. In: <http://www.ibge.gov.br>
- IÑIGUEZ ROJAS, L. (2006). Salud y bienestar humano en la Geografía de América Latina. In LEMOS, A. I. G.; SILVEIRA, M. L.; ARROYO, M. (org.) *Questões territoriais na América Latina*. EDUSP, São Paulo: p. 227-248.
- KIM, M. H.; JUNG-CHOI, K.; JUN, H. J.; KAWACHI, I. (2010). Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. *Social Science & Medicine*, v. 70, n. 8, p. 1254–1261.
- MEADE, M. S.; FLORIN, J. W.; GESLER, W. M. (1988). *Medical geography*. London/ New York: Guilford Press.
- MINAYO, M. C. S.; MENEGHEL, S. N.; CAVALCANTE, F. G. (2012). Suicídio de homens idosos no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10, p. 2665-2674.
- MOTA, A. A. (2014). Suicídio no Brasil e os contextos geográficos: contribuições para política pública de saúde mental. 208f. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (2013). Data and Statistics. In: <http://www.paho.org>

- SOUZA, M. L. (2007). Da “diferenciação de áreas” à “diferenciação socioespacial”: A “visão (apenas) de sobrevôo” como uma tradição epistemológica e metodológica limitante. *Cidades*, v. 4, n. 6, p. 101-114.
- STACK, S. (2000). Suicide: A 15-year review of the sociological literature: part I: Cultural and Economic Factors. *Suicide & Life: Threatening Behavior*, v. 30, n. 2, p. 145-162.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1993). Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Geneva: WHO Press.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Geneva: WHO Press.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001). The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, Geneva: WHO Press/New Hope.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: WHO Press.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012a). Mental Health. In: http://www.who.int/mental_health/en/
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012b). Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva: WHO Press.