



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

MARLUCE ALVES DE OLIVEIRA

**O SUICÍDIO NO ESTADO DO CEARÁ: ESTUDO DE
EPIDEMIOLOGIA ECOLÓGICA**

**FORTALEZA – CEARÁ
OUTUBRO, 2010**

Marluce Alves de Oliveira

O SUCÍDIO NO ESTADO DO CEARÁ: ESTUDO DE EPIDEMIOLOGIA ECOLÓGICA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho
Sampaio

Fortaleza – Ceará
2010



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: "O Suicídio no Estado do Ceará: estudo de Epidemiologia Ecológica"

Nome da Mestranda: **Marluce Alves de Oliveira**

Nome do Orientador: **Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE".

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

(Orientador)

Prof.a Dr.a Rosa Garcia Lima

(1º membro)

Prof.a Dra Cleide Carneiro

(2º membro)

Data da defesa: 14/12/2010.

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Carlos Eloi da Silva Lima, e aos nossos filhos Thiago Lima e Rodrigo Oliveira, pelo apoio imprescindível na busca da realização dos meus sonhos por uma sociedade mais justa e uma saúde pública eficaz para todos os brasileiros, mesmo que essa busca tenha tantas vezes sacrificado nossa vida em família.

Ao meu pai, Sebastião Marcolino de Oliveira, e a minha madrastra, Amara Maria de Lourdes de Oliveira, pelo apoio e estímulo aos estudos.

Aos irmãos e irmãs que acolhem com entusiasmo minhas conquistas.

À minha mãe, Josefa Lidia Alves da Silva (*in memoriam*).

Ao Prof. Dr. Antônio Vandick Ponte (*in memoriam*), pelo estímulo e apoio para a fundação de uma instituição científica, beneficente, sem fins lucrativos, que desenvolvesse projetos em parceria com a Academia.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio, pelo rigor e pelo cuidado na orientação deste trabalho, sem o qual não teria sido possível concluir esta pesquisa, neste momento tão difícil da minha vida em decorrência da árdua luta para a implantação de uma rede de atenção em saúde mental, de acordo com as premissas da Organização Mundial de Saúde (OMS).

À Prof.a Dr.a Cleide Carneiro, pela dedicação e competência com que apoiou a mim e a outros colegas, na perspectiva de nossa formação no campo da pesquisa científica, que contribua com os avanços da saúde pública, em especial da saúde mental.

Aos professores da Universidade Estadual do Ceará, especialmente à Prof.a Dr.a Maria Salete Bessa Jorge, pelo incentivo para realizar o Mestrado Acadêmico em Saúde Pública.

À Prof.a Dr.a Rosa García, pelo estímulo para a superação dos obstáculos encontrados no percurso da realização do mestrado .

A todos os que trabalharam na Rede de Serviços de Saúde São Gerardo, no Centro de Desenvolvimento Psicossocial e no Instituto Dr. Vandick Ponte, nos últimos anos, e que contribuíram com a nossa participação nos projetos da Academia.

À Arminda Rodrigues, Psicóloga e coordenadora do NUEP, Núcleo de Estudo e Pesquisa do Instituto Dr. Vandick Ponte, pela contribuição a esta pesquisa, na apresentação dos autores de referência do sofrimento psíquico na contemporaneidade, pelo empenho na realização do intercâmbio com outros países, como a França e a Itália, e pela interlocução estabelecida desde dezembro de 2006 no NUEP.

Ao Dr. Miguel Benasayag, por haver aceitado o convite para realizar o intercâmbio técnico com o NUEP e pela contribuição teórica na constituição de novas práticas em saúde mental no Ceará/Brasil.

Ao filho Rodrigo de Oliveira Lima (acadêmico de Medicina) por colaborar na pesquisa de campo, digitação e formatação deste trabalho.

Ao meu marido, Carlos Eloi da Silva Lima, e ao nosso filho Thiago de Oliveira Lima (acadêmico de Administração), por colaborarem nas elaborações das planilhas do Excel e dos gráficos.

Ao NUIAS / SESA, especialmente Dr.a Cícera Borges Machado e a Dr.a Lindélia Sobreira Coriolano, por terem disponibilizado os dados do SIM, contribuindo de forma norteadora e valiosa com este trabalho.

À psicóloga Maria Guiomar Ferreira Tavares e à terapeuta ocupacional Ernestina Maria Ferreira Cavalcante, pela colaboração na pesquisa de campo.

Às equipes de saúde de Marcos, Umari e São Luiz do Curu, em especial às agentes comunitárias de saúde, pelo empenho na busca das informações relacionadas aos óbitos por suicídio nesses municípios, contribuindo com o desenvolvimento deste projeto.

“Só sei que nada sei, e o fato de saber isso me coloca em vantagem sobre aqueles que acham que sabem alguma coisa”.

Sócrates

HISTÓRIAS EXEMPLARES DE FIM DE ANO

José Jackson Coelho Sampaio

I

carregava um fardo de medo e desamor
como sonâmbula:
andou inquieta pela cidade e no impulso de um pulo
resolveu a equação

do corredor de um sexto andar
ao asfalto quente de um pátio ao meio dia
deixou cair o corpo
e agonizou sem testemunhas

depois da agonia o corpo vazio foi encontrado
sem medo, sem amor, sem ódio, sem bilhete,
sem falta do pai
sem nada

II

a vida muito jovem era feita de dor
uma dor feita de outra dor
por sua vez feita de outra dor
e todas elas sem nome

pedia socorro ao psiquiatra e ele renovava
a receita inútil de uma droga qualquer
para a angústia de ser deus
recebia antidepressivo de última
geração

então tomou todas, pediu perdão à mãe
e pulou, acrobata de quintal, ao amanhecer,
sobre roseiras e poleiros e raios de sol

foi encontrado ainda em agonia
com a saliva da boca
e a lágrima dos olhos alimentando galinhas

III

uma solidão dura, uma dificuldade
radical de pedir e de ceder
uma vida leiga e monástica
confeccionando a memória
sutil de perseguições

listou um profundo amor frustrado
uma dezena de familiares
uma dezena de amigos
para os ritos de cremação
de seu corpo oco

não entendia de leis
e deixou o legado de uma crise
pois suicida não pode ser cremado,
não queria ser cruel
mas deixou poucos minutos
entre a ingestão dos barbitúricos
e a hora prevista de uma visita da família

então foi vista agonizando, sem mais queixas,
o pulmão seco de ar, o olhar de pó de vidro
o coração seco

IV

o sexo, os outros, as idéias filosóficas,
a maconha, o crack, a militância
política, o partido, a faculdade,
a família
eram apenas obsessivos de consumo
eram coisas na qual
vez em quando se tornava

mas entre uma coisa e outra
havia um sujeito que desejava e temia
um sujeito que sentia fome e frio e sede e dor
um sujeito que resistia

o incômodo foi resolvido:
o sujeito não existe mais.

Fortaleza, 24 de dezembro de 2010

RESUMO

OLIVEIRA, Marluce Alves de. **O Suicídio no Estado do Ceará: estudo de Epidemiologia Ecológica**. Dissertação para o Curso de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2010.

Objetiva estudar a ocorrência do suicídio na sociedade contemporânea, situando o debate no contexto concreto do Estado do Ceará, Brasil. Foram realizados uma revisão bibliográfica da literatura específica e um levantamento de dados epidemiológicos nacionais e internacionais relacionados ao tema. Também foi efetivado um levantamento dos suicídios ocorridos no Ceará no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2007. Por fim, efetivou-se aprofundamento dos dados epidemiológicos, numa perspectiva clínico-ecológica, nos serviços de saúde mental públicos situados em três municípios paradigmáticos, assim considerados pela taxa de suicídio na população: alta, mediana e baixa. O resultado da pesquisa constata o aumento de 265 ocorrências de suicídio-ano em 1998 para 525 ocorrências de suicídio-ano em 2007, e uma variação na taxa de 3,8 para 6,3 no mesmo período, o que corresponde a um crescimento de 65,79% na taxa de suicídio, enquanto o crescimento da população neste mesmo período correspondeu a 18,66%, o que aponta para um aumento crescente de uma mortalidade silenciosa, as vezes anunciada, e em certas ocasiões nem registrada, ou mesmo subnotificada. Esta mortalidade indica, com base nos dados encontrados, associação com o sofrimento psíquico na contemporaneidade, o qual precisa ser amplamente estudado para que novas estratégias de enfrentamento sejam adotadas.

Palavras-chave: Suicídio. Sofrimento Psíquico na Contemporaneidade. Saúde Mental e Políticas de Saúde.

ABSTRACT

Oliveira Marluce Alves de: **The Suicide in the State of Ceará: Study of Ecological Epidemiology.** Dissertation to the Master of Public Health, Health Science Center, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2010.

This paper aims to study the occurrence of suicide in contemporary society, placing the debate in the context of the State of Ceará, Brazil. We performed a literature review and a specific survey of national and international epidemiological data related to the topic. A survey was also carried out on the suicide which happened in Ceará from January 1998 to December 2007. Finally, a deeper study of the epidemiological data was carried out in a clinical-ecological perspective within the public mental health services in three paradigmatic municipalities as established by the suicide rate in the population: high, median and low. The results showed that the number of suicides grew from 265 in 1998 to 525 in 2007 and a variation in the rate from 3.8 to 6.3 in the same period, representing an increase of 65.79% in the suicide rate, while the population increase during the same period accounted for 18.66%. These numbers indicate a rising trend for a quiet death, sometimes announced, and sometimes not registered or even underreported. This mortality indicates to be associated with psychological distress nowadays and it needs to be thoroughly studied in order that the new coping approaches are adopted.

Keywords: Suicide. Psychic Suffering in Contemporary Society. Mental Health and Health Policy.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1:	Classificação de países de acordo com o número absoluto de suicídios (estimativa para 2000) e por taxa de suicídio (ano mais recente disponível)	30
QUADRO 2:	Características das tentativas de suicídio <i>versus</i> suicídio completo	30
QUADRO 3:	Os principais diagnósticos do transtorno mental, segundo a literatura <i>versus</i> suicídio	31
QUADRO 4:	Dados epidemiológicos, estimativa para Brasil/ Ceará/ Fortaleza	38
QUADRO 5:	Perfil sociodemográfico e econômico dos municípios de Marco, São Luis do Curu e Umari - Ceará	47
QUADRO 6:	Dados dos dois casos de suicídio no Município de Marco	69
QUADRO 7:	Dados dos cinco casos de suicídio no Município de São Luis do Curu	71
QUADRO 8:	Dados dos 12 casos de suicídio no Município de Umari	73

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1:	Representação dos dados sobre o suicídio, por gênero	20
GRÁFICO 2:	Representação dos dados sobre o suicídio, por instrumento utilizado	21
GRÁFICO 3:	Representação dos dados sobre o suicídio, por idade	22
GRÁFICO 4:	Representação dos dados sobre o suicídio, em menores, por sexo	22
GRÁFICO 5:	Número de publicações sobre depressão no mundo período 1966-2009	28
GRÁFICO 6:	Número de publicações sobre depressão no Brasil Período 1966-2009	28
GRÁFICO 7:	Taxas de mortalidade por acidente de trânsito, homicídio e suicídio no Brasil, de 1998 a 2007	54
GRÁFICO 8:	Síntese comparativa do número de óbitos por homicídio, acidente de trânsito e suicídio, com percentual sobre o total de mortes em geral	59
GRÁFICO 9:	Taxas de mortalidade por acidente de trânsito, homicídio e suicídio no Ceará, de 1998 a 2007	62
GRÁFICO 10:	Número de óbitos por suicídio e taxa de suicídio no Ceará no período de 1998 a 2007	64
GRÁFICO 11:	Taxas de crescimento dos óbitos por suicídio e da população, no Ceará, no período de 1998 a 2007	68
GRÁFICO 12:	Número de suicídios por ano, no Município de Umari, no período de 1998 a 2007	74
GRÁFICO 13:	Taxa de suicídio no Brasil, Ceará, Umari, São Luis do Curu e Marco	76
GRÁFICO 14:	Acompanhamento em saúde mental das pessoas que se suicidaram	77
GRÁFICO 15:	Perfil diagnóstico das pessoas que se suicidaram, nos três municípios, no período estudado	78
GRÁFICO 16:	Instrumentos usados para efetivar o suicídio, nos três municípios	79
GRÁFICO 17:	Dados em relação à idade	80

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Dados sobre o suicídio, por gênero	19
TABELA 2:	Dados sobre o suicídio, por instrumento utilizado. Fortaleza-CE, 2007	20
TABELA 3:	Dados sobre o suicídio, por idade	21
TABELA 4:	Dados sobre o suicídio, em menores, por sexo	22
TABELA 5:	Distribuição dos leitos psiquiátricos do SUS por Unidade Federativa e hospitais psiquiátricos e indicador de leitos por 1.000 hab	45
TABELA 6:	Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por tipo e Unidade Federativa e indicador CAPS/100.000 habitantes	46
TABELA 7:	As 15 principais causas de morte, no Ceará, em números absolutos, de 1998 a 2007	56
TABELA 8:	As 15 principais causas de morte, no Ceará, em números relativos, de 1998 a 2007	58

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEDEPSI – Centro de Desenvolvimento Psicossocial
CID 9 – Classificação Internacional das Doenças - 9
CID 10 – Classificação Internacional das Doenças - 10
CMASP – Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
DATASUS – Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DO – Declaração de Óbito
DSM IV – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais IV
FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FPM – Fundo de Participação dos Municípios
FUNDEP – Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDM – Índice de Desenvolvimento Municipal
IML – Instituto Médico Legal
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUIAS – Núcleo de Investigação e Análise em Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB – Produto Interno Bruto
PSF – Programa de Saúde da Família
SESA – Secretária Estadual de Saúde (CE)
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS – Sistema Único de Saúde
UECE – Universidade Estadual do Ceará
UNIFOR – Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 JUSTIFICATIVA.....	19
2.1 Suicídio no Ceará: perfil em 2004	19
2.2 Fenômeno Depressivo.....	23
2.3 O Sofrimento Psíquico na Contemporaneidade.....	25
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	27
3.1 SUICÍDIO: caso de saúde pública no Brasil e no mundo.....	27
3.2 DEPRESSÃO.....	33
4 OBJETIVOS.....	39
4.1 GERAL.....	39
4.2 ESPECÍFICOS.....	39
5 TRATAMENTO METODOLÓGICO.....	40
5.1 O TEMA E SUA DELIMITAÇÃO.....	40
5.2 QUESTÕES NORTEADORAS.....	40
5.3 NATUREZA E DESENHO DA PESQUISA.....	40
5.4 CAMPO DA PESQUISA.....	45
5.5 PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO.....	50
5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	51
5.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	51
5.8 FORMA DE EXPOSIÇÃO.....	52
6 CAPÍTULO I OS ÓBITOS NO ESTADO DO CEARÁ: EXPRESSÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO NA CONTEMPORANEIDADE?.....	53
6.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DE MORTES POR CAUSAS EXTERNAS E MORTES POR SUICÍDIO NO BRASIL	53
6.2 AS 15 PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTES NO CEARÁ, PERÍODO 1998-2007.....	55
6.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DAS MORTES POR CAUSAS EXTERNAS E MORTES POR SUICÍDIO NO CEARÁ.....	61
6.4 EPIDEMIOLOGIA DO SÉCULO XXI COM LÓGICA DO SÉCULO XIX: UMA REFLEXÃO.....	65
6.5 AS DECORRÊNCIAS QUE PODEM SER PENSADAS DESTAS CONTEXTUALIZAÇÕES.....	67
7 CAPÍTULO II SUICÍDIO: REVELAÇÃO DE UMA SOCIEDADE AUTODESTRUTIVA ?.....	68
7.1 INTRODUÇÃO: PERFIS COMPARADOS.....	68
7.2 O CASO DO MUNICÍPIO DE MARCO: O ENTENDIMENTO DA MENOR TAXA ESTADUAL.....	69
7.2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	69
7.2.2 CASOS CONFIRMADOS DE SUICÍDIO.....	69
7.2.3 GRUPO FOCAL.....	70
7.3 O CASO DO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ DO CURU: O ÍNDICE DO	

COMPORTAMENTO MEDIANO.....	71
7.3.1. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	71
7.3.2 CASOS CONFIRMADOS DE SUICÍDIO.....	71
7.3.3 GRUPO FOCAL.....	72
7.4 O CASO DO MUNICÍPIO DE UMARI: INDESEJÁVEL PRIMEIRO LUGAR NAS TAXA ESTADUAL.....	72
7.4.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	72
7.4.2 CASOS CONFIRMADOS DE SUICÍDIO.....	73
7.4.3 GRUPO FOCAL.....	75
7.5 AS DECORRÊNCIAS QUE PODEM SER PENSADAS DOS ESTUDOS DE CASO.....	75
7.6 EXAME DOS DADOS COLETADOS E RESPOSTA ÀS PERGUNTAS NORTEADORAS.....	81
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
8.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
8.2 UM HOLOCAÚSTO INVISÍVEL.....	83
8.3 A TERCEIRA FASE DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL.....	83
8.4 HEROÍNAS SEM RETAGUARDA, NA SAÚDE MENTAL.....	84
8.5 CONCLUSÕES.....	84
8.6 RECOMENDAÇÕES.....	85
8.6.1 JUNTO À ACADEMIA.....	85
8.6.2 JUNTO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	86
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICES.....	92
ANEXOS.....	101

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema suicídio surgiu como resultado da angústia que se experimentou no exercício da clínica e no trabalho como supervisora de Centro de Atenção Psicossocial-CAPS de dois municípios no Estado do Ceará. Nos últimos anos, notou-se que, em número significativo, os usuários dos serviços de saúde mental eram portadores de transtornos mentais depressivos e que em torno de 20% destes apresentavam algum risco de suicídio.

A inquietação levou a se desenvolver uma monografia de especialização em saúde mental, que se realizou também na Universidade Estadual do Ceará-UECE. Nesta monografia, detectou-se a ocorrência de 288 suicídios no Ceará, somente no ano de 2004, por meio do banco de dados do Instituto de Medicina Legal-IML do Ceará, sem que fosse desenvolvida uma política pública de promoção à saúde mental e de prevenção ao suicídio no Estado.

A angústia acentuou-se mais ainda quando se constatou o fato de que, atualmente, em torno de 2/3 das pessoas que procuram os serviços de saúde mental público ou privado apresentam transtornos mentais compatíveis com o que a autora denomina como fenômeno depressivo.

Assim sendo, a presente pesquisa foi apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública-CMASP da UECE, visando a desenvolver uma investigação científica para quantificar a ocorrência do suicídio, na perspectiva das mudanças do perfil epidemiológico e psicossanitário na contemporaneidade. Com este trabalho, espera-se contribuir para demonstrar a importância do desenvolvimento de uma política pública que contribua com a promoção de saúde mental e com a prevenção do suicídio.

2 JUSTIFICATIVA

A proposta deste ensaio tem como tema o suicídio. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), em seu *Relatório sobre a Saúde no Mundo*, informa que um milhão de pessoas cometem suicídio anualmente e que de dez a 20 milhões de pessoas tentam suicidar-se por ano. A OMS alerta, ainda, para o fato de que rara é a família poupada de um encontro com transtornos mentais e que de cada quatro pessoas uma será afetada por algum transtorno mental em alguma fase de sua vida. Chama atenção, também, para a idéia de que, se estiverem corretas as projeções, até 2020, a depressão será responsável pela segunda causa de carga mundial de doença e que o sofrimento psíquico ainda se encontra na fronteira da estigmatização, da vergonha, da exclusão, e que muitos sofrem em silêncio até a morte.

2.1 Suicídio no Ceará: perfil em 2004

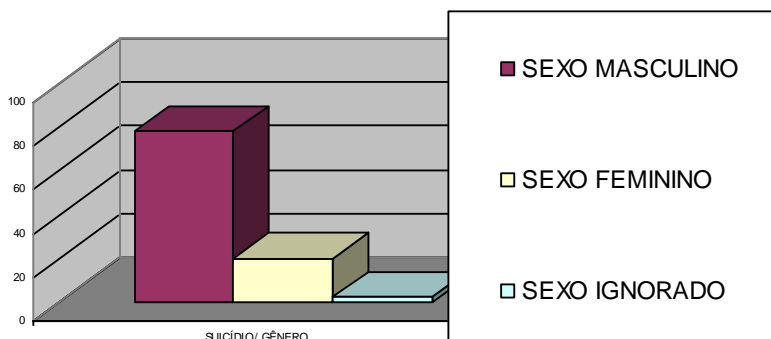
No trabalho científico O fenômeno depressivo em uma clínica privada na cidade de Fortaleza: estudo de dados secundários (OLIVEIRA, 2007), foram coletados dados epidemiológicos sobre suicídio, de janeiro a dezembro de 2004, no IML Ceará. No mencionado ensaio foi identificado o fato de que 288 pessoas se suicidaram sendo 77,7% do sexo masculino, 19,79% do sexo feminino e 2,43% de sexo ignorado. A seguir apresentam-se vários gráficos, demonstrando os dados encontrados sobre suicídio em 2004 no Ceará.

TABELA 1:

Dados sobre o suicídio, por gênero

TOTAL DE MORTES POR SUICÍDIO, POR GÊNERO	288	***
Sexo Masculino	224	77,77%
Sexo Feminino	57	19,79%
Sexo Ignorado	7	2,43%

GRÁFICO 1:
Representação dos dados sobre o suicídio, por gênero

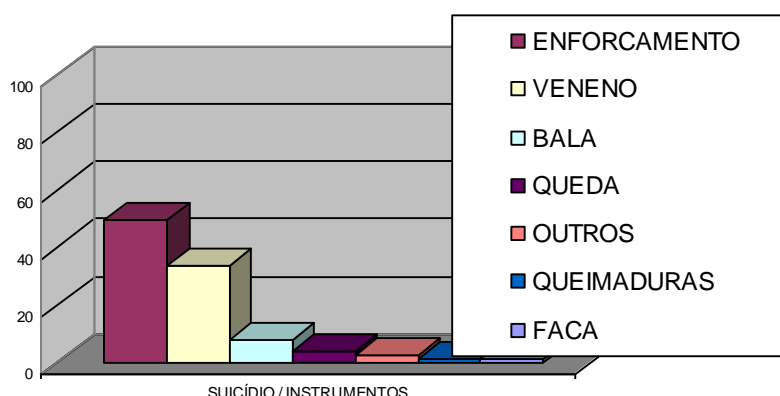


O IML do Ceará informou que, no ano de 2004, 288 pessoas cometeram suicídio no Estado, sendo 224 (77,77%) do sexo masculino, 57 (19,79%) do sexo feminino e 7 (2,43%) com sexo ignorado. Tais indicadores acompanham a literatura mundial em relação ao suicídio completo.

TABELA 2:
Dados sobre o suicídio, por instrumento utilizado

TOTAL DE MORTES POR SUICÍDIO, POR INSTRUMENTO UTILIZADO	288	***
Enforcamento	143	49,65%
Veneno	97	33,68%
Bala	23	7,98%
Queda	11	3,81%
Outros	7	2,43%
Queimaduras	4	1,38%
Faca	3	1,04%

GRÁFICO 2:
Representação dos dados sobre o suicídio, por instrumento utilizado



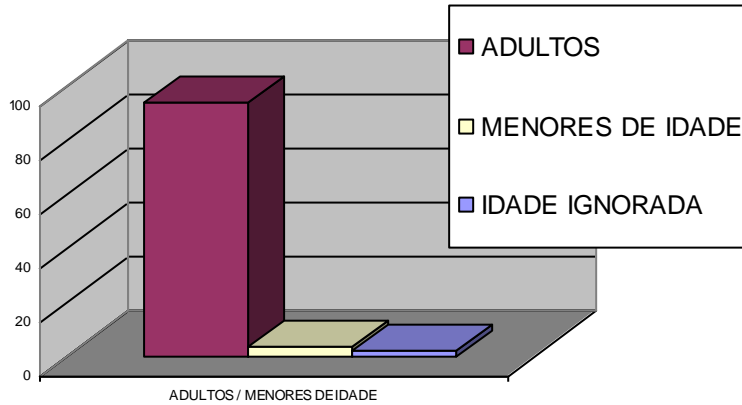
O principal instrumento escolhido por 143 (49,65%) pessoas para a execução do suicídio foi enforcamento, seguido de veneno, por 97 (33,68%) pessoas. A arma de fogo foi o terceiro instrumento, escolhido por 23 (7,99%) suicidas.

TABELA 3:
Dados sobre o suicídio, por idade

TOTAL DE MORTES POR SUICÍDIO, POR IDADE	288	***
Adultos	270	93,75%
Menores de Idade	11	3,81%
Idade Ignorada	7	2,43%

GRÁFICO 3:

Representação dos dados sobre o suicídio, por idade



Observou-se, também, que, do total de 288 pessoas que se suicidaram, 11 (3,81%) eram menores. Destes 11 (100%), sete (63,63%) eram do sexo masculino e quatro (36,36%) feminino.

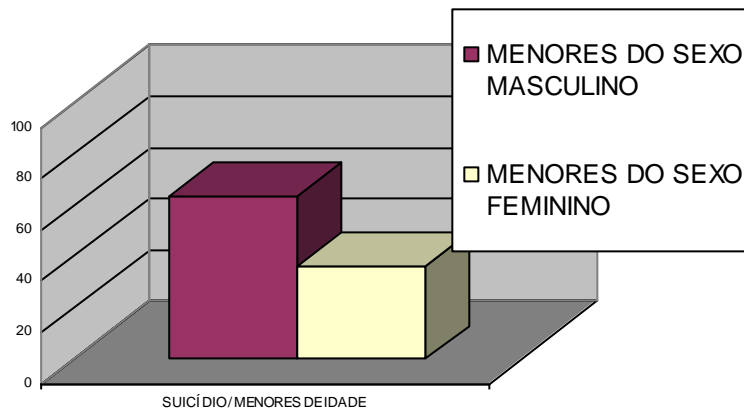
TABELA 4:

Dados sobre o suicídio, em menores, por sexo

TOTAL DE MORTES POR SUICÍDIO, EM MENORES, POR SEXO		
	11	***
Masculino	7	63,63%
Feminino	4	36,36%

GRÁFICO 4:

Representação dos dados sobre o suicídio, em menores, por sexo



2.2 Fenômeno depressivo

Atualmente a autora defende a idéia de que existe uma mudança na natureza da expressão do sofrimento psíquico. Em seus estudos, nos últimos anos, foram encontrados pesquisadores que corroboram suas descobertas e compartilham da hipótese, de que existem vários tipos de depressão, a de natureza endógena, relacionada aos neurotransmissores, a depressão orgânica, relacionada a processos orgânicos, como a alteração dos hormônios da tireóide, e a depressão anteriormente denominada pela CID-9 de depressão neurótica.

A esta última modalidade de depressão, a autora denomina de fenômeno depressivo, um fenômeno socioclínico de expressão psíquica e singular. Benasayag (2005) e Ehrenberg (1999), na França e Galimberti(2006), na Itália, defendem a hipótese de que se está enfrentando novas naturezas de sofrimento psíquico, e que a complexidade própria do viver se tornou patológica, que existe atualmente uma incapacidade de sustentar situações de angústia, da própria e ancestral dor de viver, de lidar com os problemas da vida, sem considerá-los, antes de tudo, a partir da ordem da técnica; que o cotidiano se tornou cronicamente precário, ou seja, permanentemente em crise; e que o sujeito do mundo contemporâneo se caracteriza por apresentar uma vulnerabilidade individual muito específica, em razão da crescente fragilização dos laços sociais, o que o lança em uma circunstância de desterritorialização.

Esta vulnerabilidade individual conduz os usuários a atribuir aos Serviços de Saúde Mental, “aos técnicos do sofrimento psíquico”, uma possibilidade de respostas para acontecimentos da vida que não são, necessariamente, patológicos, como alerta Benasayag (2005). Estes usuários apresentam sintomas “inclassificáveis” para os manuais atuais, o que Faveret (2007) denomina de casos “raros”. Estes casos, a cada dia, aumentam em um número significativo no cotidiano das clínicas de saúde mental e não respondem às orientações clínicas tradicionais da Psiquiatria e da Psicanálise.

Este fenômeno depressivo é distinto da depressão relacionada aos neurotransmissores e está relacionado à possível mudança da subjetividade ocorrida após a década de 1960, explicada pelos autores de referência desta pesquisa que elaboraram a hipótese de que a Teoria do Conflito Edipiano teria

sido substituída pela Teoria do Conflito Narcísico, levando à Teoria da Impotência.

Por que Fenômeno Depressivo e não Depressão Neurótica, como na CID-9? O sujeito do século XX se constituía como um indivíduo biopsicossocial. Sua subjetividade, segundo a Teoria Freudiana, se constituía a partir da triangulação filho (a)-mãe-pai, influenciado pelo social, e o sofrimento psíquico neurótico se constituía como um padecimento essencialmente individualizado, resultante da patologia do conflito edipiano e denominada de Depressão Neurótica na CID-9.

O sujeito do século XXI, também, constitui um indivíduo biopsicossocial, porém sua subjetividade não é apenas influenciada pelo social, mas transpassada pelo social. Para Benasayag (2005), este sujeito encontra-se desterritorializado, com a pretensa autonomia de uma liberdade irrestrita, isto é, impactado pela crise de uma época. O sofrimento psíquico do sujeito do século XXI, resulta do conflito narcísico, que gera à patologia da impotência e constitui não apenas um sofrimento essencialmente individualizado, de natureza neurótica, porém como expressão de um sofrimento de uma época, quando se perdeu a crença da promessa de um mundo melhor, levando a uma vulnerabilidade coletiva, à desesperança, com manifestações por meio de sintomas individuais, que se caracteriza pelo que pode ser denominado de fenômeno socioclínico, na base, e de fenômeno depressivo, na expressão.

Como distinguir uma depressão de outra? Em relação à depressão orgânica, não existem dúvidas, pois uma avaliação clínica eficiente e os exames complementares confirmam ou não o diagnóstico, porém distinguir uma depressão endógena, relacionada aos neurotransmissores, do fenômeno depressivo, não é tarefa simples, pois somente clínicos com ampla experiência, embasados nas teorias atuais e com autonomia para pensar além dos manuais da Psiquiatria e da Psicanálise, têm possibilidades de formular hipóteses entre um ou outro quadro clínico.

Como estas hipóteses são recentes, ainda é necessário que se desenvolvam vários estudos para efetivar afirmações categóricas, pois os modelos clínicos de investigação continuam sendo inconclusivos quanto à

atuação dos fatores psicossociais e há muita divergência quanto aos acontecimentos vitais influenciarem no surgimento das depressões.

2.3 O Sofrimento psíquico na contemporaneidade

Nos últimos anos, vários autores desenvolveram o conceito de sofrimento psíquico contemporâneo, entre os quais se destacam Benasayag (2005) e Ehrenberg (2004) na França, e Galimberti (2006), na Itália. Esses autores defendem que existe uma mudança na qualidade-expressão do sofrimento psíquico, no sentido de que o mal-estar da contemporaneidade parece ser um fenômeno que se apresenta como consequência da crise da sociedade ocidental.

O professor Galimberti (2006) defende o argumento de que não é possível mais compreender a neurose como na época de Freud, quando imperava na sociedade a disciplina com a “contraposição entre permitido/proibido”. Esse autor expressa a noção de que, com o advento do capitalismo tecnológico, essa contraposição exaltou outra bem mais devastante em suas implicações subjetivas: capacidade / incapacidade; possível / impossível. Defende ainda que na atualidade, o sofrimento psíquico se apresenta não mais como uma perda da alegria de viver, mas como uma ‘patologia da ação’ cujo eixo sintomatológico se transfere da tristeza à inibição, à perda de iniciativa, em um contexto social onde ter iniciativa é reconhecido como critério decisivo para medir e selar o valor de uma pessoa.

Benasayag (2005) lembra que o psicoterapeuta, no exercício da clínica numa dimensão ética, não pode pretender ser simplesmente eficaz no seu trabalho, que a aceitação de uma clínica organizada em função da prescrição/classificação provoca uma resposta farmacológica quase automática, dirigida unicamente ao sintoma, e que esta prática constitui escolha privilegiada se o objetivo do trabalho é do tipo econômico. O autor defende a noção de que uma escolha ética deve incluir uma luta para que a saúde mental não seja incluída entre mais objeto (serviço) de consumo.

Os autores ora mencionados, também postulam a idéia de que o sofrimento psíquico contemporâneo toma dimensões cada vez maiores e, para o qual, os “técnicos do sofrimento psíquico” precisam se preparar teoricamente para produzir recursos terapêuticos que possam dar conta, ao menos, de se

aproximar dessa manifestação psíquica da contemporaneidade que na sua amplitude e profundidade, está além do âmbito da clínica, (BENASAYAG, 2005).

Os notificados autores formulam algumas interrogações sobre os problemas aos quais atribuem a origem da crise na contemporaneidade. Haverá mesmo nessa crise uma particularidade diferente de outra que o Ocidente soube se adaptar? Existe realmente uma crise dos fundamentos na Civilização atual? As pessoas estão perdendo a intenção de desejar a vida? A sociedade tem se blindado num discurso paranóico ante à necessidade de se proteger e de sobreviver? Qual a dimensão desta crise? Quais as implicações dos impactos dessas transformações na subjetividade e, conseqüentemente, para o trabalho no campo da saúde mental?

A autora também constata como Benasayag (2005), o fato de que no cotidiano da clínica, os usuários procuram respostas nos serviços de saúde mental, “nos técnicos do sofrimento psíquico”, atribuindo à técnica uma espécie de resolução salvífica para o mal-estar da época, procurando “medicalizar” acontecimentos da vida, não necessariamente, patológicos, como alerta referido autor.

A pesquisadora desse ensaio também tem defendido em congressos e seminários clínicos, a revisão da CID- 10, na perspectiva das novas formas de sofrimento psíquico, especialmente quanto às transformações ocorridas nas manifestações dos transtornos de personalidade, das toxicodependências e das depressões.

3 REVISÃO DA LITERATURA

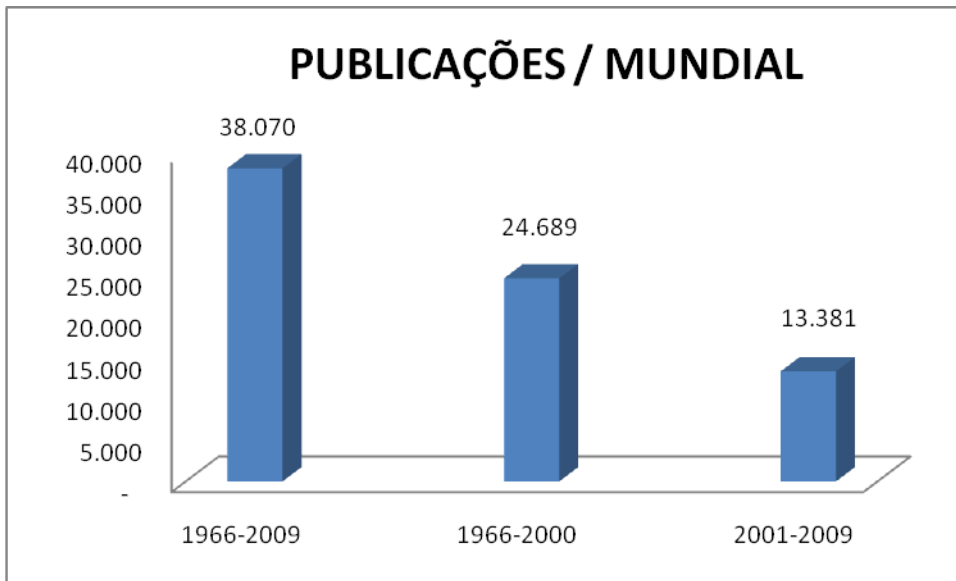
3.1 Suicídio: caso de saúde pública no Brasil e no mundo

Segundo a OMS (2001), ocorrem de dez a 20 milhões de tentativas de suicídio por ano e um milhão de pessoas comete suicídio, anualmente.

Apesar da relevância para a clínica e da estimativa do aumento das taxas de suicídio no Brasil, ainda são escassos os trabalhos sobre suicídio no País. Enquanto isso, no *Medline*, são encontradas 38.070 publicações indexadas sobre o suicídio, durante o período de 1966 a 2009, sendo que 24.689 no decurso de 2001 a 2009, destaca-se, ainda o fato de que apenas 240 artigos possuem a palavra suicídio no título. No Brasil, foram efetivadas 93 publicações, tendo somente 11 artigos possuindo a palavra suicídio no título. Destacamos ainda que 67 surgiram após 2004, quando foi realizado o Primeiro Simpósio Internacional sobre Suicídio no Brasil (SUICÍDIO: Avanços e Atualizações), realizado na cidade de São Paulo pelo Ipq FMUSP, durante o período de 26 a 27 de março. O aumento significativo das publicações no Brasil e no Mundo mostra, simultaneamente, o crescente interesse, mas, no Brasil, ainda expressão incipiente, ante relevância do tema. Nos tempos mais recentes, destaque-se o trabalho dos pesquisadores Meleiro, Teng e Wang, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo–FMUSP, cujas contribuições foram decisivas para a elaboração dos parágrafos seguintes desta revisão de literatura sobre suicídio.

GRÁFICO 5:

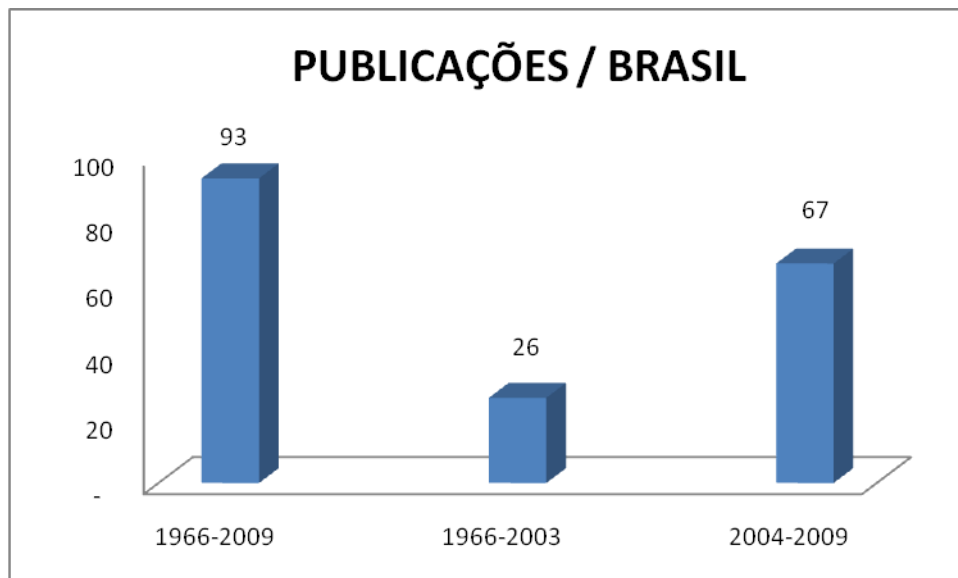
Número de publicações sobre suicídio no mundo no período 1966-2009



Fonte: MEDLINE/ dezembro de 2010

GRÁFICO 6:

Número de publicações sobre suicídio no Brasil no período 1966-2009



Fonte: MEDLINE/ dezembro de 2010

O suicídio constitui tema próprio das ciências médicas e sociais, desde o clássico estudo do sociólogo Durkheim (1978, p. 167), que o define como “toda morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou

negativo realizado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado”, e se apresenta como emergente psicossocial não ligado especificamente à depressão, mas a ela estando poderosamente associado, sendo o transtorno do humor um fator de risco para o suicídio (MELEIRO; TENG; WANG, 2004).

O suicídio é uma trágica perda de vida humana, que resulta de um ato percebido como voluntário. O questionamento é: por que algumas pessoas se voltam contra si? O que leva estas pessoas a cometerem tal ato? Quais os fatores psicológicos, biológicos e sociais que contribuem para esta atitude? Atualmente, a literatura mostra que a visão sobre o suicídio se modificou ao longo da história, pois vai da tradição cultural, aceitável em algumas culturas, para o pecado, na Idade Média e, atualmente, é explicado como expressão de um transtorno mental na maioria (98%) dos casos.

Nas últimas décadas, o suicídio é visto como um comportamento complexo, que se tornou um grave problema de saúde pública. O grau de intenção suicida de uma pessoa é considerado pela clínica atual como um ponto em um *continuum*: de um lado, está a certeza absoluta de matar-se, e no outro extremo, a intenção de seguir vivendo (BECK et al., 1997).

Interroga-se: o que faz a pessoa passar da ideação suicida para a tentativa e da tentativa para o ato? A literatura sobre o assunto revela que, apesar de ser um tema muito estudado, ainda há pontos obscuros que continuam mobilizando os pesquisadores sobre o determinismo multifatorial da ideação, da tentativa e da execução do suicídio. A literatura também é contraditória em relação aos fatores protetores da autodestrutividade, em especial, em relação à religiosidade, porém vários estudos apontam a religião como fator protetor para o comportamento suicida. Mais importante do que a religião é o envolvimento religioso da pessoa, a literatura atual aponta a necessidade de estudos nacionais por pesquisadores de saúde mental para melhor investigar as relações entre religiosidade e comportamento suicida (ALMEIDA; NETO, 2004). A literatura mostra que 10% dos indivíduos que tentam o suicídio completam o ato posteriormente (KREITMAN et al., 1970). Stevenson (1992) orientou no sentido de que toda tentativa de suicídio deve ser abordada como se representasse uma forma subaguda de suicídio. Serve

de alerta para o médico, fazendo-o ver que o paciente merece cuidadosa avaliação e acompanhamento.

As taxas globais de suicídio, expressas em números de casos por 100.000 habitantes, foram calculadas mediante a divisão do número absoluto de mortes por suicídio pelo número total da população em cada país correspondente, nos respectivos anos, para ambos os sexos, e de acordo com a faixa etária. Os principais achados da OMS são apresentados a seguir.

QUADRO 1:

Classificação de países de acordo com o número absoluto de suicídios (estimativa para 2000) e por taxa de suicídio (ano mais recente disponível)

País	Nº Absoluto de Suicídios	Ranking por nº Absoluto	Taxa por 100.000	Ranking por Taxa de Suicídios
China	195.000	1º	16,1	24º
Índia	87.000	2º	9,7	45º
Rússia	52.500	3º	41,5	3º
Estados Unidos	31.000	4º	11,9	38º
Japão	20.000	5º	16,8	23º
Alemanha	12.500	6º	15,8	25º
França	11.600	7º	20,7	14º
Ucrânia	11.000	8º	22,6	11º
Brasil	5.400	9º	3,5	71º
Sri Lanka	5.400	10º	31,0	7º

Fonte: OMS, 1999.

QUADRO 2:

Características das tentativas de suicídio versus suicídio completo

	Tentativa	Completo
Sexo	Mulheres	Homens
Idade	Menos de 35 anos	Mais de 60 anos
Meio	Baixa letalidade	Alta letalidade
Diagnóstico	Menos comuns – 50% não têm diagnóstico psiquiátrico	Comum: depressão, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno de personalidade
Planejamento	Impulsivo	Cuidadoso
Ambiente	Público ou de fácil observação	Privado, isolado
Disponibilidade de ajuda	Alta	Pequena
Método	Medicamento, cortar-se	Enforcamento e arma de fogo

Fonte: OMS, 1999.

QUADRO 3:

Os principais diagnósticos do transtorno mental, segundo a literatura versus suicídio

Transtornos do humor (depressão)	30,2%
Transtornos por uso de substância (álcool)	17,6%
Esquizofrenia	14,1%
Transtornos da personalidade	13%
Transtornos mentais orgânicos	6,3%
Transtornos de ansiedade/somatoformes	4,8%
Outros transtornos psicóticos	4,1%
Transtornos de adaptação	2,3%
Todos os demais diagnósticos	5,5%
Sem diagnóstico	2%

Fonte: OMS, 1999.

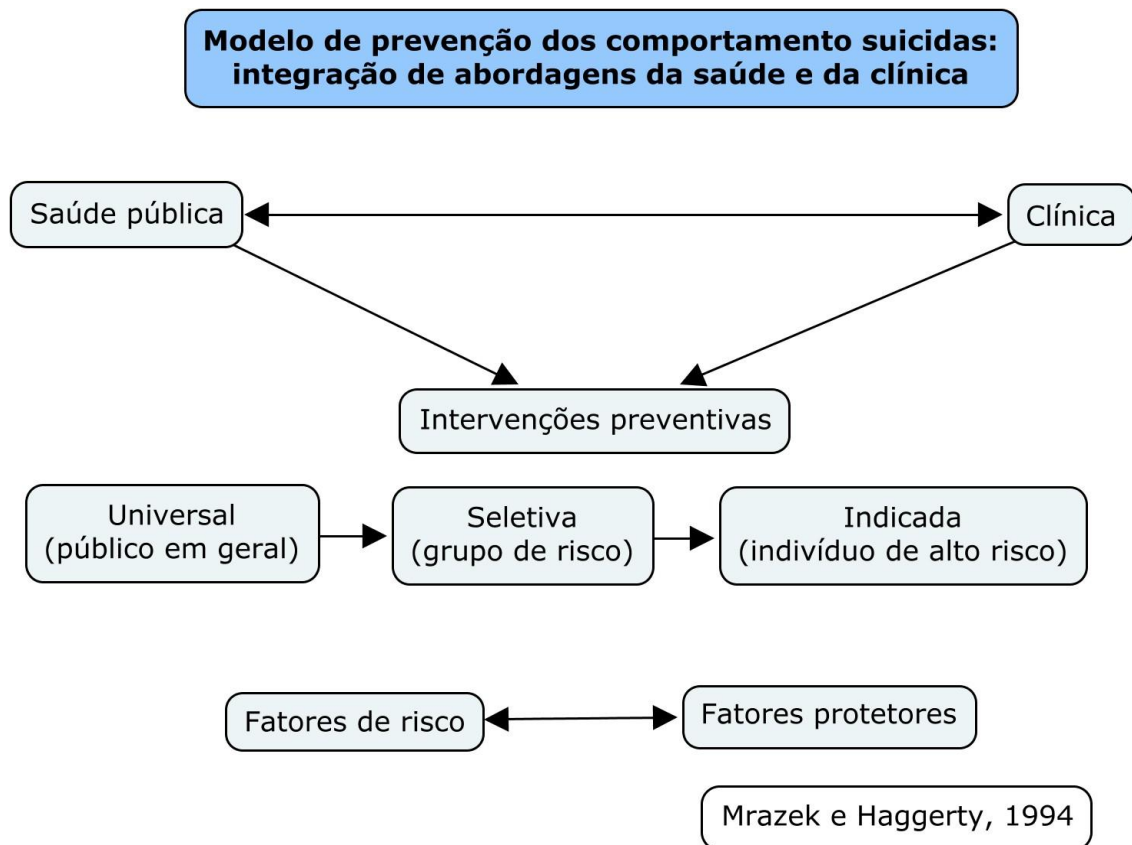
A literatura também mostra que 98% das pessoas que se suicidaram tinham um diagnóstico de doença mental por ocasião do ato suicida; ou seja, em apenas 2% dos casos, não foi feito nenhum diagnóstico psiquiátrico, o que não descarta haver transtorno mental diagnosticável, por ocasião do suicídio.

No artigo *Mortes por suicídio: diferença de gênero e nível socioeconômico* (LEON; BARROS, 2003), os autores registram a existência da subnotificação em consequência do preconceito da família do falecido, assim como em razão de a estatística da autodestruição entrar nas listas de acidentes ou homicídios, o que seria denominado por Levy (1979), apud Barros, 1991, como “equivalentes suicidas”, para englobar certas mortes por acidentes e homicídios e por processos autodestrutivos crônicos.

Em razão da complexidade do comportamento suicida e de seus componentes socioculturais, torna-se óbvio que a adaptação e a utilidade de achados em outros países para o Brasil são bastante limitadas (MELEIRO; TENG; WANG, 2004). Assim sendo, constata-se que, no cotidiano da clínica da saúde mental, os profissionais observam este grave problema de saúde pública e ainda contam com escassos trabalhos produzidos no Brasil. Apesar de a Portaria nº 1.876, do Ministério da Saúde, datada de 14 de agosto de 2006, em seu segundo artigo, estabelecer que as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio sejam articuladas entre os Ministérios da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos

governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, citado documento ministerial ainda não foi divulgado e debatido na maioria dos CAPS do Estado do Ceará.

O suicídio é um problema de saúde pública que pode e deve ser prevenido. Mencionada Portaria do Ministério da Saúde define várias estratégias de enfrentamento ao complexo problema do suicídio, mas até a presente data, estas estratégias ainda não foram articuladas de acordo com suas recomendações, na maioria dos estados brasileiros, e o Manual dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental, intitulado de *Prevenção do Suicídio* não foi propagado e discutido na maioria dos CAPS do Ceará. A seguir, delineia-se uma proposta de prevenção dos comportamentos suicidas, defendido por Bertolote J (2004) e proposto por Mrazek e Haggerty (1994)



3.2 Depressão

Ao efetivar-se uma ampla revisão da literatura, denota-se que os dados demonstram que as pessoas que efetivaram o suicídio completo têm como diagnóstico, em primeiro lugar, o transtorno de humor / depressão, motivo pelo qual se entendeu necessário efetivar também uma revisão da literatura sobre depressão. No MEDLINE, foram encontrados 190.343 artigos mencionando a palavra depressão, no período de 1966 a 2009, sendo 67.404 de 2001 a 2009, demonstrando assim, a grande relevância do tema depressão.

Segundo Codo e Sampaio (1995), o processo saúde/doença mental constitui expressão particular das condições de vida da sociedade, capaz de revelar as diferentes formas de expressão das pessoas para enfrentar os diversos desafios da vida cotidiana e seus inerentes conflitos existenciais, resultando destas a expressão da saúde ou do sofrimento psíquico, este último se manifestando mediante um conjunto de mal-estares e dificuldades para conviver com os conflitos oriundos do antagonismo subjetividade/objetividade.

A depressão é registrada desde a Antiguidade. Hipócrates (400 a.C.) já usou os termos mania e melancolia para definir perturbações mentais. Em 1899, Emil Kraepelin, a partir dos conhecimentos dos psiquiatras franceses e alemães que o antecederam, oferece a forma da ciência moderna para a descrição da psicose maníaco-depressiva, resistente até hoje, pois contém a maioria dos critérios usados pela Psiquiatria contemporânea (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2002).

Atualmente, a 10ª revisão da Classificação Internacional das Doenças – CID 10, na parte dedicada à Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (OMS, 1993), define a depressão como transtorno no qual a pessoa usualmente sofre de humor deprimido, com perda de interesse e prazer e energia reduzida, levando à fadigabilidade, caracterizada por um cansaço marcante após esforços apenas leves. Outros sintomas comuns são:

Concentração e atenção reduzidas; auto-estima e autoconfiança reduzidas; idéias de culpa e de inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; idéias ou atos auto-lesivos, ou suicídio; sono perturbado; apetite diminuído. (OMS, 1993, p. 117).

A CID 10 classifica como episódio depressivo (F32) o primeiro evento/doença. Transtorno depressivo recorrente (F33) são os episódios depressivos posteriores. Estas categorias ainda se subdividem em leve (F32. 0/F33. 0), moderada (F32. 1/F33. 1) e grave (F32. 2 e F32. 3/ F33. 2 e F33. 3).

A 4ª revisão do *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* – DSM IV correlaciona a depressão ao transtorno do humor, definindo dois principais transtornos: depressivo maior e transtorno bipolar I.

Para fins epidemiológicos, existem vários índices de prevalência em relação ao transtorno depressivo. No geral, atualmente, a prevalência de transtorno depressivo, durante a vida de uma pessoa, é estimada em torno de 15% e 25%, os maiores números referindo-se a mulheres. O perfil epidemiológico exposto a seguir tem como base a 7ª edição do clássico Manual de Psiquiatria, editado sob a responsabilidade de Kaplan, Sadock e Grebb (2002).

A maior prevalência entre mulheres é confirmada e pode estar relacionada a determinantes fisiológicos, decorrentes de gravidez, parto, puerpério e alterações hormonais de outras naturezas, e a determinantes psicossociais, decorrentes da aquisição de papéis sociais e de modelos comportamentais deles derivados. Em relação à raça e ao contexto sócio econômico e cultural, não foram encontradas diferenças significativas na literatura pesquisada: manuais clássicos nacionais e internacionais, artigos de revisão/atualização e *Revista Brasileira de Psiquiatria*. A revisão foi efetivada em um recorte temporal de seis anos, com publicação entre 2004 e 2009.

Em relação ao estado civil, a literatura consultada evidencia prevalência de depressão maior entre os divorciados, os separados ou as pessoas sem relações interpessoais íntimas.

Os relatos encontrados também mostram que um episódio depressivo, não tratado, dura de seis a 13 meses, enquanto a maioria dos que são tratados demora cerca de três meses, e que a idade média dos portadores é de 40 anos. 50% dos portadores, no entanto, têm idade entre 20 e 50 anos, podendo, no entanto, haver início do quadro na infância ou em idade mais avançada (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2002).

Desde muitos séculos antes das tentativas nosológicas e das teorias etiopatológicas em Psiquiatria, o ser humano sofria e, por vezes, desistia de continuar vivendo, em função da “dor que dilacerava sua alma” (CORDÁS, 2002, p. 13). As tentativas de suicídio e os suicídios constituem herança trágica de muitos transtornos depressivos.

O enfrentamento do transtorno depressivo deve efetivar um tratamento que envolva vários objetivos. A relação entre o sofrimento e a patologia é múltipla, as possibilidades de expressão da patologia são também múltiplas e a rede de determinação de qualquer dos processos possíveis resulta de extensa e complexa determinação. Hoje se considera que o transtorno depressivo é de caráter cronicador e não é benigno, pois aproximadamente 50% dos usuários apresentam recaídas.

Sigmund Freud evidencia uma relação entre a perda objetal e a melancolia. Ele sugeriu que a raiva do deprimido é deslocada para si, em virtude de se identificar com o objeto perdido ou odiado. Deste modo, a introjeção é o único modo de o ego abandonar este objeto. A diferença entre luto e melancolia é fundamental para a compreensão da psicodinâmica concebida por Freud (1974); no luto, tristeza da perda, sem culpa ou autodepreciação. Na melancolia, o sujeito vive profunda autodepreciação derivada de autorreprovação e culpa radical.

Atualmente, se enfatiza muito a Teoria Unitária, pela qual a ansiedade e a depressão constituem duas modalidades sintomáticas da mesma afecção ou de um espectro depressivo. Segundo texto de Miguel et al. (2003), a noção de *spectrum* em psicopatologia contrapõe categorias nosológicas supostamente autônomas e independentes com dimensões psicopatológicas contínuas de sintomas, fatores causais e padrões evolutivos. Em anos recentes, esta perspectiva desafia os principais agrupamentos nosológicos, incluindo os chamados transtornos psicóticos. Na maior parte das vezes, utiliza-se o conceito de *spectrum* para se referir a entidades nosológicas distintas, com semelhanças sintomatológicas e com recorrência familiar conjunta.

Quanto aos processos ou fatores, determinantes ou causais, ainda não são conclusivos os resultados disponíveis até o momento. Alguns estudos, centrados na díade fator-causa, sugerem fatores biológicos, como as alterações heterogêneas das aminas biogênicas; genéticos, sob padrões muito

pouco identificáveis, baseados nos estudos com gêmeos dizigóticos; e psicossociais, decorrentes dos estilos de vida e das composições familiares. Estudos a respeito de componentes familiares demonstram que parentes em primeiro grau de pessoas com transtorno depressivo estão duas a três vezes mais propensas a desencadear transtorno depressivo do que parentes de primeiro grau de sujeitos-controles (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2002).

Os modelos clínicos de investigação apresentam-se inconclusivos quanto à importância e à lógica de atuação dos fatores psicossociais, e há muita divergência quanto aos acontecimentos vitais influenciarem no surgimento da depressão. Há, porém, fortes indícios de que a perda de um dos pais, por menores de 11 anos de idade, e a perda de um cônjuge, em adultos, desempenham papel primário na depressão.

Quanto aos elementos da personalidade anterior ao desenvolvimento da patologia, quais poderiam ter auxiliado em seu processo? Não parece haver como identificar um tipo isolado de personalidade como contendo predisposições, mas existem mais associações com a depressão entre o oral-dependente, o obsessivo-compulsivo e o histérico do que com o paranóide, o antissocial ou qualquer outro que use mecanismos de defesa externalizadores (SCHNEIDER, 1988).

Quanto à sexualidade, a literatura atual registra que a depressão é um importante fator de risco para as dificuldades sexuais, pois o desejo se encontra reduzido, conduzindo ao desinteresse pela atividade sexual (ABDO, 2005).

Em consequência do fato de a depressão apresentar elevada tendência à recorrência e à cronicidade, os usuários apresentam, além do comprometimento relacionado ao episódio agudo, uma incapacidade por longos períodos de suas vidas. Esta tendência à recorrência e à cronicidade da depressão tem início relativamente precoce – ao contrário do que se pensava, porém hoje ainda é bastante subdiagnosticada, subtratada e ainda é precipitada ou agravada por eventos relativamente inevitáveis da vida cotidiana.

A depressão provoca importantes prejuízos pessoais, ocupacionais, econômicos e sociais, além de ser associada a maior morbidade e mortalidade por outras doenças clínicas. O transtorno depressivo vem apresentado

ocorrência tão comum como hipertensão arterial sistêmica, o diabetes ou as doenças pulmonares, porém causa maior limitação física, maior incapacidade para o trabalho e resulta em um número maior de dias no leito (JUDD, 1995 apud MORENO et. al., 2003). O custo de tratamento da depressão é significativamente maior que o de várias doenças crônicas como a Síndrome de Alzheimer, os cânceres, a osteoporose, a hipertensão arterial e a esquizofrenia (BERTO et al., 2000 apud MORENO et al., 2003).

A seguir, quadro de dados epidemiológicos com estimativas para o Brasil, Ceará e Fortaleza. Desenvolveu-se a formatação desse quadro na monografia da Especialização em Saúde Mental, que se elaborou na UECE, em 2007.

QUADRO 4:
Dados epidemiológicos estimativa para Brasil/ Ceará/ Fortaleza

POPULAÇÃO	BRASIL 2008	CEARÁ 2007	FORTALEZA 2007
POPULAÇÃO TOTAL	194.227.984,00	8.185.286,00	2.431.415,00
Possibilidade de apresentar TM ao longo da vida – 25%	48.556.996,00	2.046.321,50	607.853,75
Portadores de TM Comum – 20% daqueles que têm possibilidade de apresentar TM ao longo da vida	38.845.596,80	1.637.057,20	486.283,00
Portadores de TM Graves – 5% daqueles que têm possibilidade de apresentar TM ao longo da vida *	9.711.399,20	409.264,30	121.570,75
Portadores de Esquizofrenia (F20) – 1%	1.942.279,84	81.852,86	24.314,15
Portadores de F20 com evolução refratária – 33%	640.952,35	27.011,44	8.023,67
Portadores de Transt. Afetivo Bipolar (F31) – 1%	1.942.279,84	81.852,86	24.314,15
Portadores de Transt. Depressivo (F32 / F33) – 15%	29.134.197,60	1.227.792,90	364.712,25
Portadores de F33 (recorrente) 50%	14.567.098,80	613.896,45	182.356,13
Portadores de F33 com evolução refratária – 33%	9.614.285,21	405.171,66	120.355,04
Portadores de F33 com necessidade de acompanhamento por tempo indefinido – 33%	9.614.285,21	405.171,66	120.355,04
Necessidade de leitos psiquiátricos em hospitais clínicos (1,5 leitos / 10.000 hab)	29.134,20	1.227,79	364,71

Nota: Quadro elaborado por Oliveira, com base nos autores Fortes (2005), Kaplan, Sadock e Grebb (2002) e Stahl (1998) e Relatório da OMS (2001).

Nota: TM = transtorno mental.

Pesquisa internet / IBGE (11/05/2009)

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

- Compreender o suicídio, no Estado do Ceará, Brasil, na perspectiva da dimensão coletiva, como indicador de sofrimento psíquico na contemporaneidade.

4.2 Específicos

- Identificar o comportamento da ocorrência de suicídio no Ceará, entre 1998 a 2007.
- Identificar e analisar a literatura epidemiológica e de política de saúde mental sobre o suicídio.
- Realizar aprofundamento clínico-ecológico do suicídio, nos serviços de saúde mental públicos, situados em três municípios do Estado do Ceará, paradigmáticos no que se refere à taxa de suicídio na população: alta, mediana e baixa.

5 TRATAMENTO METODOLÓGICO

5.1 O tema e sua delimitação

Este estudo tem como tema o suicídio no Estado do Ceará, Brasil. Investiga-se a ocorrência do suicídio no período entre 1998 a 2007.

5.2 Questões norteadoras

Para efetivar a investigação deste estudo, foram elaboradas duas questões norteadoras: o suicídio pode constituir indicador complexo do sofrimento psíquico na contemporaneidade, na experiência social estudada? O suicídio atualmente, no Ceará, caracteriza-se como fenômeno de massa, assumindo posição de ponta no indicador de sofrimento psíquico na contemporaneidade?

5.3 Natureza e desenho da pesquisa

A pesquisa caracteriza-se por procedimentos de natureza qualitativa, sobre base quantitativa de dados oriundos do Ministério da Saúde-MS (DATASUS) e da Secretária Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE, constituindo um desenho de Epidemiologia Ecológica, desenvolvido em duas fases.

A primeira foi constituída pela análise dos dados quantitativos dos 184 municípios cearenses e caracterizada pelo estudo do comportamento do suicídio no âmbito do Estado do Ceará, no período de janeiro de 1998 a dezembro 2007 (Apêndice 6). Esta fase contou com a contribuição decisiva dos técnicos do Núcleo de Investigação e Análise em Saúde-NUIAS, da SESA/CE. O comportamento completo do suicídio no Estado foi organizado em planilha, como discutido no Capítulo I.

A segunda fase foi constituída por análise qualitativa, visando ao aprofundamento e à saturação de três casos municipais, paradigmáticos da ocorrência do suicídio no Estado. A escolha dos municípios foi definida tendo como referência a taxa de suicídio na população, focando a maior taxa, a taxa mediana e a menor taxa. Após escolha dos municípios, foram investigados os critérios geográficos, históricos e políticos de cada município, a fim de oferecer densidade aos casos.

Por ocasião do aprofundamento da investigação sobre as ocorrências nos municípios-caso, foi pesquisada a existência ou não de transtorno mental das pessoas que cometeram suicídio. Esta investigação contou com a colaboração valiosa dos trabalhadores de saúde dos respectivos municípios. As fichas de aprofundamento foram preenchidas e um quadro foi elaborado para análise, cujos resultados são analisados no Capítulo II.

Para realização da segunda fase, foram percorridos 1.464,6 km para visitar os Municípios de Marco (em 16/08/2010), Umari (em 02 e 03/09/2010) e São Luis do Curu (em 08/09/2010), com o objetivo de complementar e qualificar os dados das DO (Declaração de Óbito) e realizar um grupo focal em cada município para responder às questões norteadoras.

No Município de Marco, o grupo focal foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, com trabalhadores do Programa de Saúde da Família - PSF (N=cinco), com trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (N=um) e do próprio CAPS (N=cinco). Também foi realizada visita ao hospital municipal de Marco para complementar os indicadores recolhidos no CAPS.

Durante a realização do grupo focal no CAPS, foram inicialmente colhidos dados complementares à DO, apresentados em quadro e analisados no Capítulo II, com o acréscimo da terceira questão norteadora.

No Município de Umari, inicialmente foi realizada visita à Secretária Municipal de Saúde, que demonstrou muito interesse na realização da pesquisa em seu município e organizou um evento ampliado para realização de palestra. O hospital municipal também foi visitado para complementar os dados das DO, ação que contou com a colaboração da Diretora, da técnica de estatística e da auxiliar de enfermagem.

Também foi realizado o grupo focal com trabalhadores de saúde (N=37), do Centro de Referência da Assistência Social- CRAS(N=três) e Conselho Municipal de Saúde (N=um) . Durante a realização do grupo focal, foram aplicadas as perguntas norteadoras, incluindo a terceira. A palestra que se proferiu teve a participação de 47 pessoas, entre profissionais da saúde (37), da educação (três), do Conselho Municipal de Saúde (um) e do Centro de Referência e Assistência Social- CRAS (três) e outros (três).

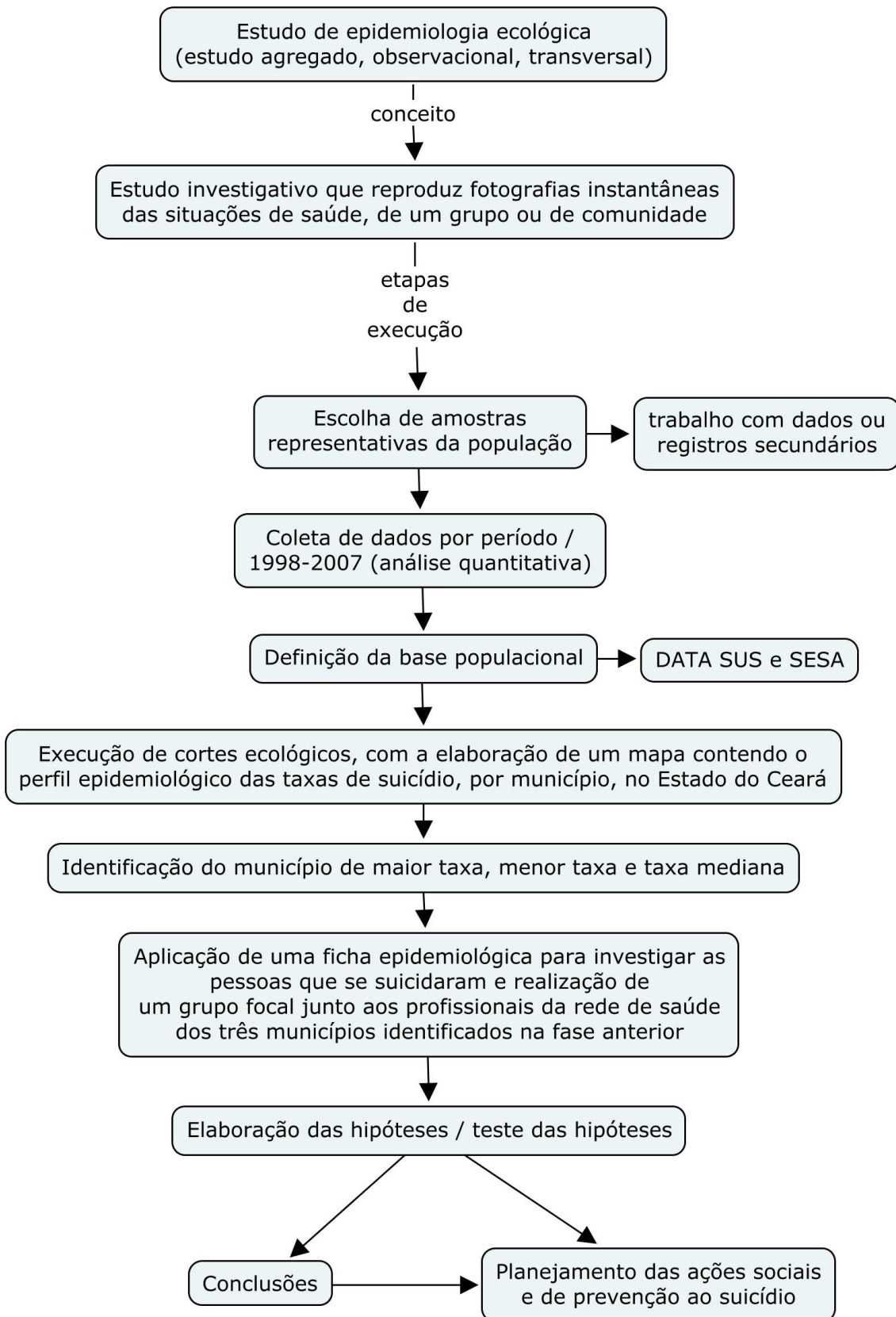
No Município de São Luis do Curu, inicialmente, foi realizada visita ao hospital da Cidade, para complementação dos dados das DO das ocorrências deste município, ação que contou com a participação de agentes comunitários de saúde e trabalhadores do hospital. Colaborando com a complementação dos dados, foi estratégica a contribuição dos agentes comunitários de saúde. Estes trabalhadores colocaram-se disponíveis para ampliar o processo investigativo sobre as ocorrências de suicídio no Município, durante o período da pesquisa.

Após visita ao Hospital Municipal, foi realizado o grupo focal com trabalhadores do PSF (sete), com a aplicação das perguntas norteadoras.

Após as visitas aos municípios, os dados foram digitados e organizados em fichas, com numeração de 01 a 19, posteriormente enviados aos municípios, para validação do registrado. Esta providência tornou-se necessária, em decorrência das contradições entre o que era encontrado nos bancos oficiais de dados e o revelado pelos participantes dos grupos focais. Os resultados foram organizados em quadros, objeto da discussão no Capítulo II.

Para o enquadramento no modelo da Epidemiologia Ecológica, elaborou-se um fluxograma de pesquisa, conforme o desenho defendido por Vasconcelos-Filho (2002: 44-47), em sua Tese *Morrer por Homicídio em Fortaleza, Ceará: um estudo de Epidemiologia Ecológica*.

Mapa do estudo de epidemiologia ecológica



A pesquisa descritiva, para Rúdio (1996), significa o esforço do pesquisador em conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la e sem considerar as intercorrências associadas à subjetividade. A diferença que geralmente se estabelece entre conceituar, descrever e explicar permite, aproximadamente, indicar como a pesquisa descritiva pode ser. Descrever é narrar o que acontece. Explicar é dizer por que acontece. Assim, a pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando identificá-los e classificá-los, permitindo posterior interpretação, seguindo a lógica formal: descrição > análise > síntese.

O desenho de estudo de caso, epidemiológico ou clínico, econômico ou social, fenomênico ou histórico, para aprofundamento e revelação de dinâmicas, impôs-se, pois, para Turato (2003), consiste em investigação vertical de um indivíduo, uma família, um grupo social, uma organização ou uma população delimitada. Não é uma técnica específica, mas meio de organizar dados sociais preservando o caráter de totalidade do fenômeno estudado. Refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular, que permite investigar um fenômeno contemporâneo, no contexto de sua existência concreta. De modo geral, esta pesquisa desdobra dois casos: o estadual/Ceará, para corte transversal, a fim de verificar tendências espaciais e temporais, e o municipal, constituído de três casos/cidades, para corte vertical, a fim de verificar formas de expressão e dinâmicas do fenômeno.

O verbo prevalecer, em português, conota a ideia de destaque de um fato em relação aos fatos e aos acontecimentos circundantes. Nos estudos epidemiológicos, conforme Rouquayrol (1994, p. 40), “prevalência denota a casuística de morbidade que se destaca por seus valores maiores que zero”. A resposta que se quer à pergunta: qual a freqüência, agora e neste serviço, situado nesta cidade, do suicídio? Um estudo de prevalência inclui a dimensão descritiva da lógica formal e foco nos elementos mensuráveis do real estudado.

5.4 Campos da pesquisa

A primeira fase da pesquisa foi realizada no Estado do Ceará e a segunda nos municípios de Marco, São Luis do Curu e Umari.

O Estado do Ceará é uma das 27 unidades federativas do Brasil. O Estado está situado na Região Nordeste, com população, no ano de 2007, de 8.185.286 habitantes. Possui área de 148.825,692 Km².

Em relação aos serviços de saúde, a descentralização avançou bastante nos últimos anos e o gerenciamento do setor está atualmente sob responsabilidade dos governos municipais, em quase a totalidade dos municípios (SILVA et al., 2003)

Na Rede de Saúde Mental, o Estado ocupa o 14^o lugar em leitos psiquiátricos no Brasil, possuindo 1.043 leitos pelo SUS. Encontra-se em 5^o lugar *per capita* na distribuição dos CAPS no Brasil. Ver tabela 5 e tabela 6.

TABELA 5:

Distribuição dos Leitos Psiquiátricos SUS por UF e Hospitais Psiquiátricos e Indicador Leitos por 1.000 hab. Brasil. 31 de outubro de 2008

Ranking Leitos/1000 hab	UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	% leitos SUS	Leitos por 1000 hab.
1º	RJ	15.420.450	38	7.002	18,56	0,45
2º	PE	8.486.638	15	2.943	7,80	0,35
3º	SP	39.827.690	57	12.343	32,72	0,31
4º	AL	3.037.231	5	880	2,33	0,29
5º	RN	3.013.740	5	747	1,98	0,25
6º	PR	10.284.503	15	2.400	6,36	0,23
7º	GO	5.647.035	11	1.201	3,18	0,21
8º	PB	3.641.397	5	700	1,86	0,19
9º	ES	3.351.669	3	595	1,58	0,18
10º	SE	1.939.426	2	320	0,85	0,16
11º	MG	19.273.533	21	2.889	7,66	0,15
12º	SC	5.866.487	4	760	2,01	0,13
13º	TO	1.243.627	1	160	0,42	0,13
14º	CE	8.185.250	8	1.043	2,76	0,13
15º	PI	3.032.435	2	360	0,95	0,12
16º	MA	6.118.995	3	662	1,75	0,11
17º	MS	2.265.813	2	200	0,53	0,09
18º	RS	10.582.887	6	910	2,41	0,09
19º	AC	655.385	1	53	0,14	0,08
20º	BA	14.080.670	7	1.051	2,79	0,07
21º	MT	2.854.642	2	202	0,54	0,07
22º	DF	2.455.903	1	125	0,33	0,05
23º	AM	3.221.940	1	126	0,33	0,04
24º	PA	7.065.573	1	56	0,15	0,01
Total		181.552.919	216	37.728	100	0,21
Total Brasil		183.989.711				0,21

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/PRH. Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS

TABELA 6

Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes Brasil – 31 de janeiro de 2009

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total	Indicador CAPS /100.000 hab
Paraíba	3.742.606	26	9	2	7	5	49	0,99
Sergipe	1.999.374	18	3	2	1	2	26	0,90
Alagoas	3.127.557	33	6	0	1	2	42	0,82
Rio Grande do Sul	10.855.214	56	33	0	11	15	115	0,80
Ceará	8.450.527	34	27	3	5	13	82	0,79
Santa Catarina	6.052.587	36	13	0	6	7	62	0,73
Rio Grande do Norte	3.106.430	9	10	0	2	5	26	0,69
Rondônia	1.493.566	10	5	0	0	0	15	0,67
Mato Grosso	2.957.732	25	1	0	1	5	32	0,66
Paraná	10.590.169	32	25	2	7	18	84	0,65
Bahia	14.502.575	88	25	2	4	11	130	0,60
Maranhão	6.305.539	35	13	1	2	3	54	0,59
Piauí	3.119.697	18	5	0	1	3	27	0,58
Mato Grosso do Sul	2.336.058	6	6	0	1	2	15	0,51
Minas Gerais	19.850.072	65	41	8	8	8	130	0,51
Rio de Janeiro	15.872.362	30	37	0	12	15	94	0,50
São Paulo	41.011.635	50	68	16	23	46	203	0,45
Pernambuco	8.734.194	14	17	1	4	10	46	0,45
Espírito Santo	3.453.648	5	7	0	1	3	16	0,39
Goiás	5.844.996	8	13	0	2	3	26	0,38
Tocantins	1.280.509	5	2	0	0	0	7	0,35
Pará	7.321.493	14	11	1	1	4	31	0,33
Amapá	613.164	0	0	0	0	2	2	0,33
Acre	680.073	0	1	0	0	1	2	0,29
Roraima	412.783	0	0	0	0	1	1	0,24
Distrito Federal	2.557.158	1	2	0	1	2	6	0,22
Amazonas	3.341.096	0	2	1	0	0	3	0,10
Brasil	189.612.814	618	382	39	101	186	1326	0,55

Fonte: DATASUS, 2009.

Municípios

Para o desenvolvimento deste projeto, na segunda fase da pesquisa, foram escolhidos três municípios no Estado do Ceará, como campo empírico para esta pesquisa, de acordo com o *ranking* por taxa de suicídios (primeiro / mediano / último lugar).

Para conhecer melhor os municípios estudados na segunda fase da pesquisa, foi desenvolvido o quadro 5, com descrição de dados **históricos, políticos, econômicos, geográficos e de saúde.**

QUADRO 5:

Perfil sociodemográfico-econômico dos municípios de Marco, São Luis do Curu e Umari

ITEM	Marco	São Luis do Curu	Umari
------	-------	------------------	-------

DADOS GERAIS

Região administrativa	3	2	17
IDM	35,87 / 37º CE (2004)	26,56 / 101º CE (2008)	25,1 / 112º CE (2008)
IDH (2000)	0,616 / 124º CE / 4.369ºBR	0,65 / 53º CE / 3.780 BR	0,584 / 166º CE / 4.921º BR
<i>Ranking</i> PIB (2007)	67º CE	136º CE	175º CE
Distância de Fortaleza	234,5Km	95,6Km	402,8Km
Data da criação	22/11/1951	22/11/1951	12/11/1883
Distritos	3	1	2
Servidores públicos municipais	990	780	477

GEOGRAFIA

Área	574,148Km ²	122,42Km ²	263,917Km ²
Clima	Tropical quente semi-árido	Tropical quente semi-árido	Tropical quente semi-árido
Recursos Hídricos (2008)	2 açudes, 47 poços, 3 dessalinizadores	3 açudes / 34 poços	1 adutora / 24 poços

DEMOGRAFIA

População estimada (2009)	24.622	12.613	7.891
População urbana (2007)	14.037	7.827	3.869
População rural (2007)	9.070	4.225	3.722
Densidade demográfica (2009)	42,88hb/Km ²	103,03hb/Km ²	29,9 hb/Km ²

ECONOMIA

PIB (2007)	R\$ 82.170.000,00	R\$ 37.134.000,00	R\$ 19.692.000,00
Agropecuária	15,60%	11,30%	18,40%
Industria	17,80%	19,30%	11,70%
Serviços	66,60%	66,30%	69,90%
PIB <i>per capita</i> (2007)	R\$ 3.556,00	R\$ 3.081,00	R\$ 2.594,00
Benefícios da previdência social (2009)	R\$21.147.191,00	-	R\$ 5.527.427,00

Bolsa- família (2009)	R\$ 4.024.140,00	R\$ 2.187.288,00	R\$ 1.401.348,00
PETI	R\$ 40.000,00	R\$ 22.000,00	R\$60.000,00

EDUCAÇÃO

Escolas do ensino fundamental (2009)	24	17	18
Escola do ensino médio (2009)	2	1	1
Matricula do ensino jovem/adulto (2009)	181	279	49
Escola do ensino profissional (2009)	0	0	0
Instituição de ensino superior (2009)	0	0	0
Taxa de escolarização líquida do ensino fundamental (2009)	100%	97,71%	100%
Taxa de escolarização líquida do ensino médio (2009)	48,70%	56,55%	35,40%
Nota do IDEB / séries iniciais (2007)	3,3	2,8	2,6
Nota do IDEB / séries finais (2007)	2,9	3	2,5

ITEM	Marco	São Luís do Curu	Umari
------	-------	------------------	-------

SAÚDE

Hospitais (2009)	1	1	1
Leito por mil habitantes / ano (2009)	1,3	1,6	2,5
Transferência do SUS hab/ano (2008)	R\$120,10	R\$ 131,48	R\$ 69,68
Cobertura saúde da família (2009)	99,59%	100%	87,84%
Taxa de mortalidade infantil (2008)	24	4,7	34,5

INFRAESTRUTURA

Domicílio (CENSO 2007)	6.390	4.318	2.559
Serviço de água urbano (2008)	89,19%	97,14%	76,88%
Serviço de água rural (2008)	62,26%	14,03%	17,36%
Energia elétrica (clientes - 2008)	7.817	4.425	2.651
Equipamentos culturais	1 biblioteca	1 biblioteca, 1 centro cultural	1 biblioteca, 1 centro cultural

FINANÇAS PÚBLICAS

Receita total (2009)	R\$ 31.159.402,59	R\$ 14.285.403,13	R\$ 10.781.751,87
Receita tributária (2009)	R\$ 732.238,91	R\$ 336.591,31	R\$ 301.332,39
Cota parte do FPM (2009)	R\$ 10.654.689,47	R\$ 6.088.393,98	R\$ 4.566.297,19
Cota parte do ICMS (2009)	R\$ 3.638.547,30	R\$ 1.979.122,33	R\$ 1.142.409,49
Transferência do SUS (2009)	R\$ 2.012.597,57	R\$ 1.124.525,79	R\$ 659.461,98
FUNDEPI (2009)	R\$ 9.984.381,82	R\$ 3.921.331,35	R\$ 2.204.773,51
Despesa total (2009)	R\$ 30.721.851,22	R\$ 15.281.130,87	R\$ 10.055.077,10
Despesa de pessoal (2009)	R\$ 16.169.723,47	R\$ 8.268.007,74	R\$ 3.340.336,72
Despesa de investimento (2009)	R\$ 3.144.279,74	R\$ 1.296.639,26	R\$ 1.450.522,86

Justiça

Fórum	1	1	1
Juízes	1	1	1
Promotores	1	1	1
Defensores	0	0	0

Rede de proteção social

Beneficiários previdência social (2010)	3.565	1.920	1.656
Beneficiários Bolsa-família (2010)	3.474	1.779	1.247
Beneficiários PETI	110	66	386

Fonte: Anuário do Ceará 2010/2011, ed: grupo de comunicação O Povo, 2010

5.5 Procedimentos de investigação

Inicialmente, se efetivou o levantamento da literatura sobre o tema do suicídio, do sofrimento psíquico na contemporaneidade, do fenômeno depressivo e da depressão, uma vez que não se deve discutir suicídio sem debater o assunto depressão, via consulta a livros, periódicos científicos, bases eletrônicas (Bireme, Medline, Scielo e Lilacs) e sítios eletrônicos de busca (Scholar Google), por meio das palavras-chave suicídio, sofrimento psíquico na contemporaneidade, saúde mental e políticas de saúde.

Posteriormente, na fase quantitativa, efetivou-se o levantamento dos dados de ocorrência do suicídio nos 184 municípios do Estado do Ceará, junto aos bancos de dados do DATASUS e da SESA, durante o período de janeiro de 1998 a dezembro de 2007.

Na fase qualitativa, investigou-se o *ranking* das taxas de suicídio neste período e o Município de Marco ocupou a posição de menor taxa. São Luís do Curu registrou a posição de taxa mediana e Umari de maior taxa. Nesta fase, foi aplicado um questionário (Apêndice 1) junto à SESA e às respectivas equipes de saúde dos três municípios pesquisados, referente à investigação das 19 ocorrências de suicídio nos três municípios, encontradas como alta, mediana e baixa.

Ainda foi aplicada uma ficha epidemiológica de aprofundamento-investigação (Apêndice 2), dos casos junto aos serviços de saúde dos municípios selecionados. Também se realizou um grupo focal nos municípios de Marco, São Luís do Curu e Umari, com a presença de trabalhadores que constituem suas redes de saúde. Para efetivação desse grupo focal, elaborou-se uma carta-convite (Apêndice 4), enviada aos secretários de saúde dos respectivos municípios. Durante realização do grupo focal, nos três municípios, foi lançada uma terceira questão norteadora: como explicar a posição do Município no *ranking* das taxas de suicídio no Estado do Ceará?

As informações encontradas inicialmente foram transferidas para uma planilha Excel (Apêndice 3), que gerou gráficos e tabelas. Após coleta dos dados, estes foram analisados para produção de relatório científico, sob forma de dissertação.

5.6 Análise estatística

A utilização da Estatística Descritiva, para o estudo de prevalência, caracteriza o desenvolvimento de uma pesquisa quantitativa, no campo epidemiológico. Pretende-se mensurar proporções e indicadores, com índices e coeficientes.

A apresentação dos resultados foi efetivada por meio de gráficos e a interpretação foi analisada de acordo com a literatura pertinente, indicada no percurso metodológico.

5.7 Procedimentos éticos

Estabeleceu-se contato com as instituições SESA e os três municípios escolhidos, por meio de ofício, solicitando autorização para desenvolver o estudo de campo. A administração da SESA assinou Termo de Consentimento (Apêndice 3) e também se assinou Termo de Compromisso, incluindo a devolução dos resultados.

A análise dos dados preservou as identidades das pessoas que se suicidaram, sendo seus nomes só apresentados às equipes de saúde dos respectivos municípios. Também foi assegurada a utilização das informações apenas no âmbito deste estudo.

Após seleção no Mestrado Acadêmico de Saúde Pública, em respeito à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, referente à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), o ensaio foi submetido para avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará. Após aprovação, a pesquisa foi desenvolvida nos respectivos municípios escolhidos.

5.8 Forma de exposição

A exposição deste ensaio, segue a estrutura geral dos projetos de pesquisas qualitativa, com desenho Epidemiológico Ecológico: Pré-textual (da capa até o sumário), Introdução, Tratamento Metodológico, Capítulo um, apresentando os óbitos no Estado do Ceará: expressão de sofrimento psíquico na contemporaneidade? Capítulos dois, apresentando suicídio: revelação de uma sociedade autodestrutiva? Com Resultados e Discussão, e as considerações finais, incluindo conclusões e recomendações, e o encerramento com Pós-textual (referências bibliográficas, apêndices e anexos).

6 CAPÍTULO I - ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS NO ESTADO DO CEARÁ: EXPRESSÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO NA CONTEMPORANEIDADE?

6.1 Contextualização de mortes por causas externas e mortes por suicídio no Brasil

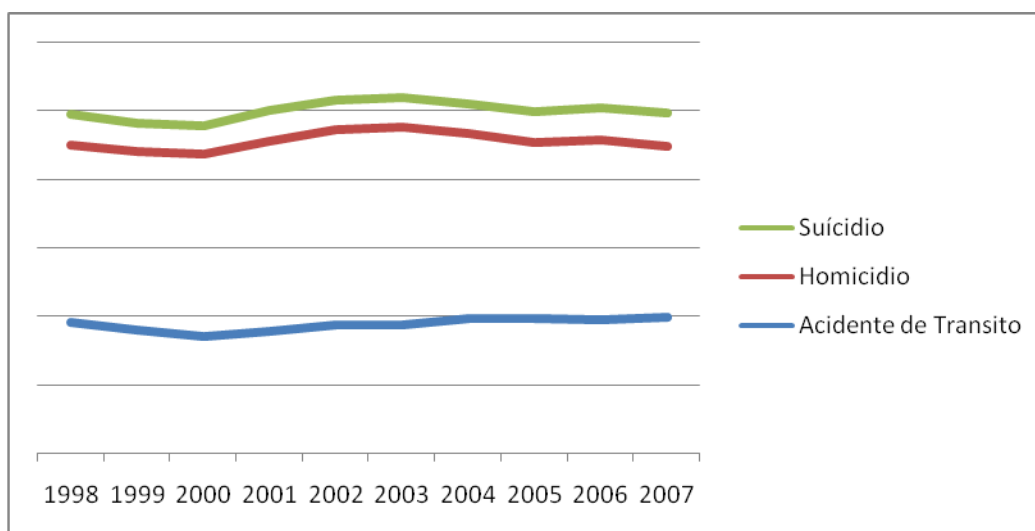
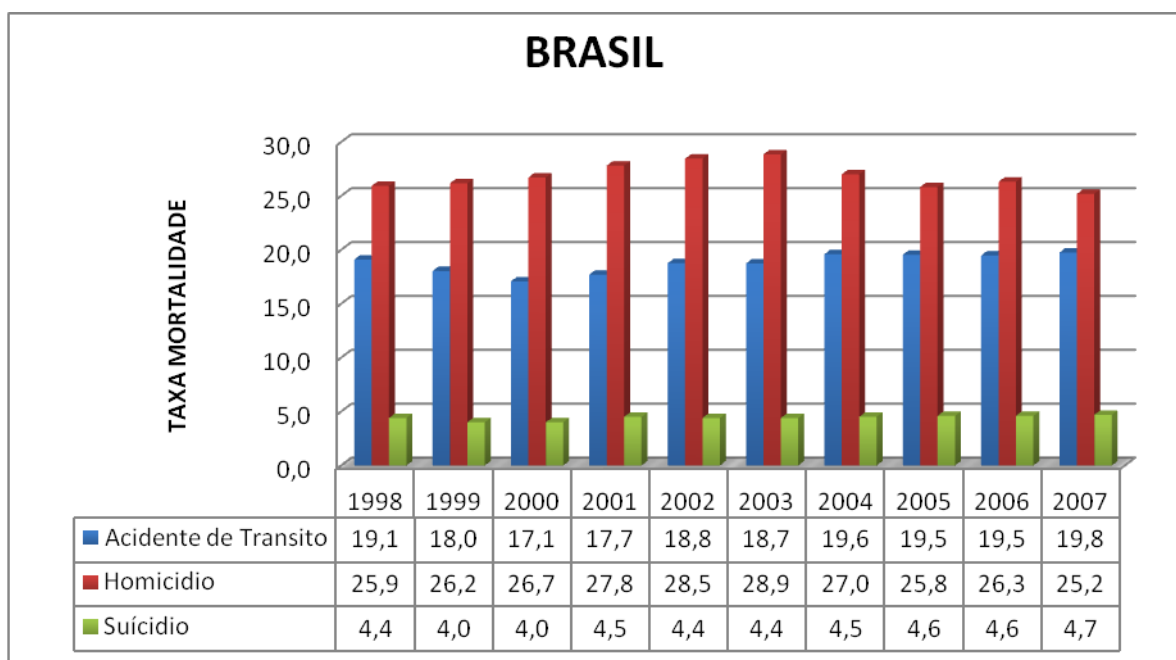
Para visualizar o problema da pesquisa, foram observados os dados das 15 principais causas de morte no Ceará, no período de 1998 a 2007, e, para compreensão destes, elaboraram-se tabelas e gráficos, constatando o crescimento significativo dos óbitos denominados de causas externas.

Também foi realizada uma panorâmica dos óbitos por causas externas, no Brasil e no Ceará, bem como dos óbitos registrados em decorrência de suicídio, no Brasil e no Ceará, estes últimos subconjunto dos primeiros, a exigir destaque, padrões de comparabilidade e a consciência da subnotificação, permitindo avançar na compreensão da problemática apontada.

A título de introdução, vejamos as informações absolutas e relativas sobre o Brasil, em referência às mortes por causas externas, destacando os óbitos por suicídio:

GRÁFICO 7:

Taxas de mortalidade por acidente de trânsito, homicídio e suicídio no Brasil, década de 1998 a 2007



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM

Em relação às taxas de óbitos no ano de 2007, o último da década, a morte por acidente de trânsito chega à taxa de 19,8%. O homicídio chega à taxa de 25,2% e o suicídio vai à de 4,7%.

A observação destes gráficos, na década, sobre o Brasil, fica evidente um comportamento em onda, com crescimento discreto, tomando-se

os extremos. As curvas de suicídio e homicídio praticamente se superpõem, quando a de acidente de trânsito, a partir de 2004, estabelece uma constante.

6.2 As 15 principais causas de mortes no Ceará, período 1998-2007

Também foi efetivado o levantamento do *ranking* dos números absolutos (tabela 7) de óbitos, consta-se que o homicídio, o acidente de trânsito e o suicídio estão entre as 15 principais causas de morte, em número absolutos, no Estado do Ceará.

TABELA 7:

As 15 principais causas de morte, no Ceará, em números absolutos, na década 1998 a 2007

	Causa (CID10 3C)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
1	Doenças cerebrovasculares (I60-I69)	2.618	2.989	2.988	3.254	3.250	3.384	3.480	3.571	4.233	4.293	34.060
2	Doença isquêmica do coração (I20-I25)	1.567	1.688	1.775	1.961	2.079	2.172	2.317	2.308	3.242	3.276	22.385
3	Outras formas de doença do coração (I30-I52)	1.682	1.695	1.600	1.589	1.705	1.640	1.639	1.579	2.260	2.014	17.403
4	Homicídio (X85-Y09)	946	1.104	1.232	1.284	1.444	1.562	1.582	1.697	1.792	1.932	14.575
5	Acidente de trânsito (V01-V89)	1.053	1.127	1.232	1.344	1.501	1.543	1.630	1.724	1.675	1.676	14.505
6	Diabetes Mellitus (E10-E14)	886	1.013	1.167	1.347	1.238	1.272	1.197	1.310	1.631	1.634	12.695
7	Doença hipertensiva (I10-I15)	564	846	936	1.051	916	1.052	1.252	1.311	1.901	1.994	11.823
8	Pneumonia (J12-J18)	896	1.064	885	763	856	1.038	1.005	1.128	1.615	1.521	10.771
9	Outras doenças bacterianas (A30-A49)	725	663	607	672	709	764	860	790	835	718	7.343
10	Doenças infecciosas intestinais (A00-A09)	1.067	1.160	585	581	622	533	392	350	459	345	6.094
11	Neoplasia maligna do estômago (C16)	403	435	504	533	498	545	488	565	682	707	5.360
12	Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões (C34)	311	355	354	397	433	477	476	581	590	686	4.660
13	DPOC (J44)	250	304	305	367	380	465	478	502	596	639	4.286
14	Suicídio (X60-X84)	265	304	269	376	461	419	459	537	493	525	4.108
15	Neoplasia maligna da próstata (C61)	272	317	306	353	341	365	370	402	520	521	3.767
	Demais causas	18.257	19.687	18.896	19.854	22.739	23.741	23.553	21.512	18.269	17.945	204.453
	Total todas as causas	31.762	34.751	33.641	35.726	39.172	40.972	41.178	39.867	40.793	40.426	378.288

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM

Por meio do tabela 7, que sumaria as principais causas de óbito, no período estudado, sob forma de números absolutos, o homicídio aparece no quarto lugar, a morte por acidente de trânsito no quinto e o suicídio na 14ª posição.

Para avaliar o *ranking* de crescimento em números relativos das 15 principais causas de morte, foi elaborada a tabela 8.

TABELA 8:
As 15 principais causas de morte, no Ceará, crescimento, em números relativos, na década 1998 a 2007

	Causa (CID10 3C)	1998	2007	TOTAL	% de crescimento 1998 / 2007
1	Doença hipertensiva (I10-I15)	564	1.994	2.558	253,55%
2	DPOC (J44)	250	639	889	155,60%
3	Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões (C34)	311	686	997	120,58%
4	Doença isquêmica do coração (I20-I25)	1.567	3.276	4.843	109,06%
5	Homicídio (X85-Y09)	946	1.932	2.878	104,23%
6	Suicídio (X60-X84)	265	525	790	98,11%
7	Neopl malig da prostata (C61)	272	521	793	91,54%
8	Diabetes Mellitus (E10-E14)	886	1.634	2.520	84,42%
9	Neoplasia maligna do estômago (C16)	403	707	1.110	75,43%
10	Pneumonia (J12-J18)	896	1.521	2.417	69,75%
11	Doenças cerebrovasculares (I60-I69)	2.618	4.293	6.911	63,98%
12	Acidente de trânsito (V01-V89)	1.053	1.676	2.729	59,16%
13	Outras formas de doença do coração (I30-I52)	1.682	2.014	3.696	19,74%
14	Outras doenças bacterianas (A30-A49)	725	718	1.443	-0,97%
15	Doenças infecciosas intestinais (A00-A09)	1.067	345	1.412	-67,67%
	Demais causas	18.257	17.945	36.202	-1,71%
	Total todas as causas	31.762	40.426	72.188	

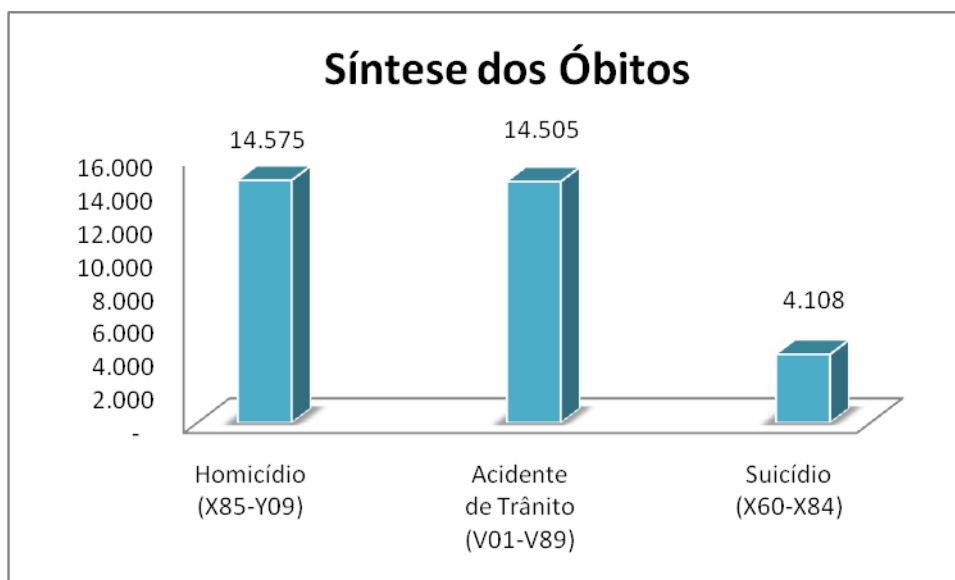
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM

Quando a apresentação dos dados é realizada tomando-se os números relativos, o homicídio desloca-se do quarto para o quinto lugar; o acidente de trânsito do quinto para o 12º lugar; enquanto o suicídio vai do 14º lugar para o sexto.

Para apresentar a totalização dos óbitos por causas externas, que ao todo soma 33.188 mortes, na década estudada, foi elaborado o gráfico 8.

GRÁFICO 8:

Síntese comparativa do número de óbitos por homicídio, acidente de trânsito e suicídio, com percentual sobre o total de mortes em geral.



Total todas as causas	378.288
------------------------------	----------------

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM

O número de óbitos por causas externas corresponde a 33.188 mortes, em um período de dez anos, o que significa 8,77% do total de óbitos, e

representa um número significativo de vidas perdidas. Desses, 12,37% das causas ditas externas são decorrentes de suicídio.

Os óbitos, ditos de causa externa, poderiam estar associados a sofrimento psíquico e a estilo de vida? Esta é uma reflexão que problematiza o óbito objetivo, revelando sua subjetivamente, as fragilidades de todos os fenômenos, inclusive a morte por acidente de trânsito, a potência da própria historicidade. No conceito clássico de causas externas, já era possível perceber a tensão oculta da subjetividade ao incluir o suicídio, esquecendo que o *sui*, latino, significa si mesmo.

Para Freud (1974), é preciso não esquecer a variedade do mundo humano e sua vida mental, e ele alerta sobre a tendência, também humana, de se buscar poder, sucesso e riqueza como condições para a felicidade: queremos ser somente felizes e assim permanecer. A felicidade, no entanto, é restringida pela própria constituição das pessoas, uma vez que o homem se sente ameaçado em três direções: a decadência do corpo, a ameaça das forças da natureza e a ameaça dos relacionamentos interpessoais, sendo esta última, essencialmente, a mais devastadora.

No estágio atual de desenvolvimento das tecnologias máqunicas, tecnologias duras, e suas transformações em mercadoria, dinheiro e lucro, o homem constituiu-se no ideal da onipotência e incorpora seus deuses, ao atingir o que antes lhe parecia inatingível ou lhe era proibido. Deus é aqui concebido como poder, liberdade e autonomia plena, com a condição de deliberar sua própria lei. A cada ameaça de perda desta onipotência, então, ocorrem um sofrimento, um medo, uma urgência, geradores, por sua vez, de profundos e inexplicáveis mal-estares. Estes mal-estares podem estar relacionado com o crescimento dos óbitos de causas externas, em especial as mortes por acidente de trânsito, em meio a tantas campanhas educativas em todas as mídias disponíveis, em meio a legislações e técnicas de vigilância cada vez mais rigorosas.

O objetivo deste questionamento é introduzir a subjetividade no objetivo, o nexo causal no impreciso e o interno no externo, daí, procurar-se-á demonstrar a relação entre o suicídio como fenômeno, associado aos mal-estares da civilização e sofrimentos psíquicos na contemporaneidade.

6.3 Contextualização das mortes por causas externas e mortes por suicídio no Ceará

O sofrimento psíquico pode produzir alerta e criatividade, para a superação dos conflitos e impasses. Por outro lado, pode expressar insegurança, desesperança e impotência, levando à perda do desejo de viver e ao crescimento da violência e do consumo de álcool e outras drogas, por exemplo.

No século XX, o homem percebeu-se capaz de controlar as forças da natureza, o que evitaria a degradação do corpo, levando à jovialidade eterna, e assim o homem acreditou ter ocupado, ele próprio, o lugar do mito de Deus (FREUD 1974). Simultaneamente, no entanto, assistiu-se à promessa de um futuro melhor transformar-se em ameaça, pois a vida ficou fora de controle e a pessoa, na sociedade contemporânea, fragmentada e autonomizada, ao ponto de perder a noção das inter-relações; apresenta-se sofrido e vulnerável diante das alternativas existenciais, sociais e políticas.

Então, este contexto de densas e diversas vulnerabilidades, contraditórias e de baixa visibilidade para os sujeitos, poderia apoiar a compreensão do fenômeno representado pelo fato de que um número cada vez maior de pessoas assuma comportamentos de risco para terceiros e a autodestruição?

No caso dos óbitos por causas externas, são externas a quê? Ao corpo? Desde quando o cérebro, a consciência e a integração cérebro-consciência, que se denomina mente, não pertencem ao corpo, não são corpo? Externas a uma saúde que aparta corpo/cérebro/mente/psiquismo? Externas a uma saúde que, em pleno século XXI, continua mantendo a dicotomia mente/corpo- indivíduo/sociedade? Externas às mortes denominadas de causas naturais, mas, qual morte, atualmente, pode realmente ser definida como natural, a não ser as cronicodegenerativas associadas ao envelhecimento?

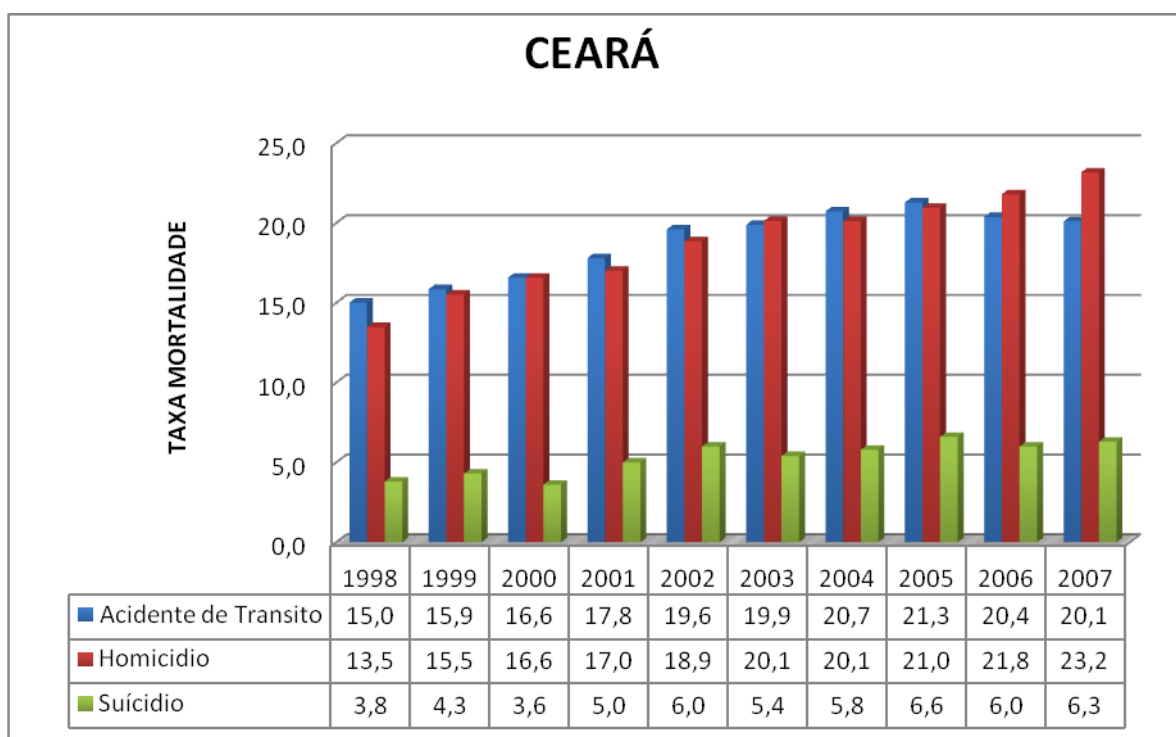
Pela inclusão do suicídio entre as mortes por causas externas, está-se reconhecendo, mesmo que de modo transversal, não consciente, o fato de que a mente é integrante indivisível do corpo físico e que os eventos/ocorrências secundários à consequência dos processos mentais são tão importantes

quanto as mortes causadas por processos patológicos de base biológica e de expressão biológica (SAMPAIO, 2007).

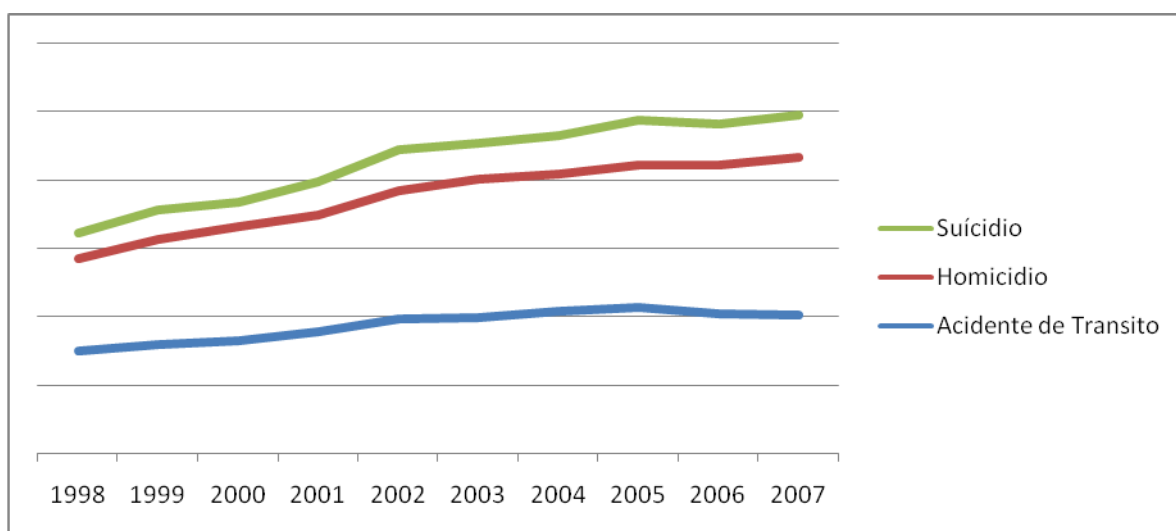
Vejamos, agora, as informações absolutas e relativas sobre o Ceará, em referência às mortes por causas externas, destacando os óbitos por suicídio.

GRÁFICO 9:

Taxas de mortalidade por acidente de trânsito, homicídio e suicídio no Ceará, década de 1998 a 2007



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM



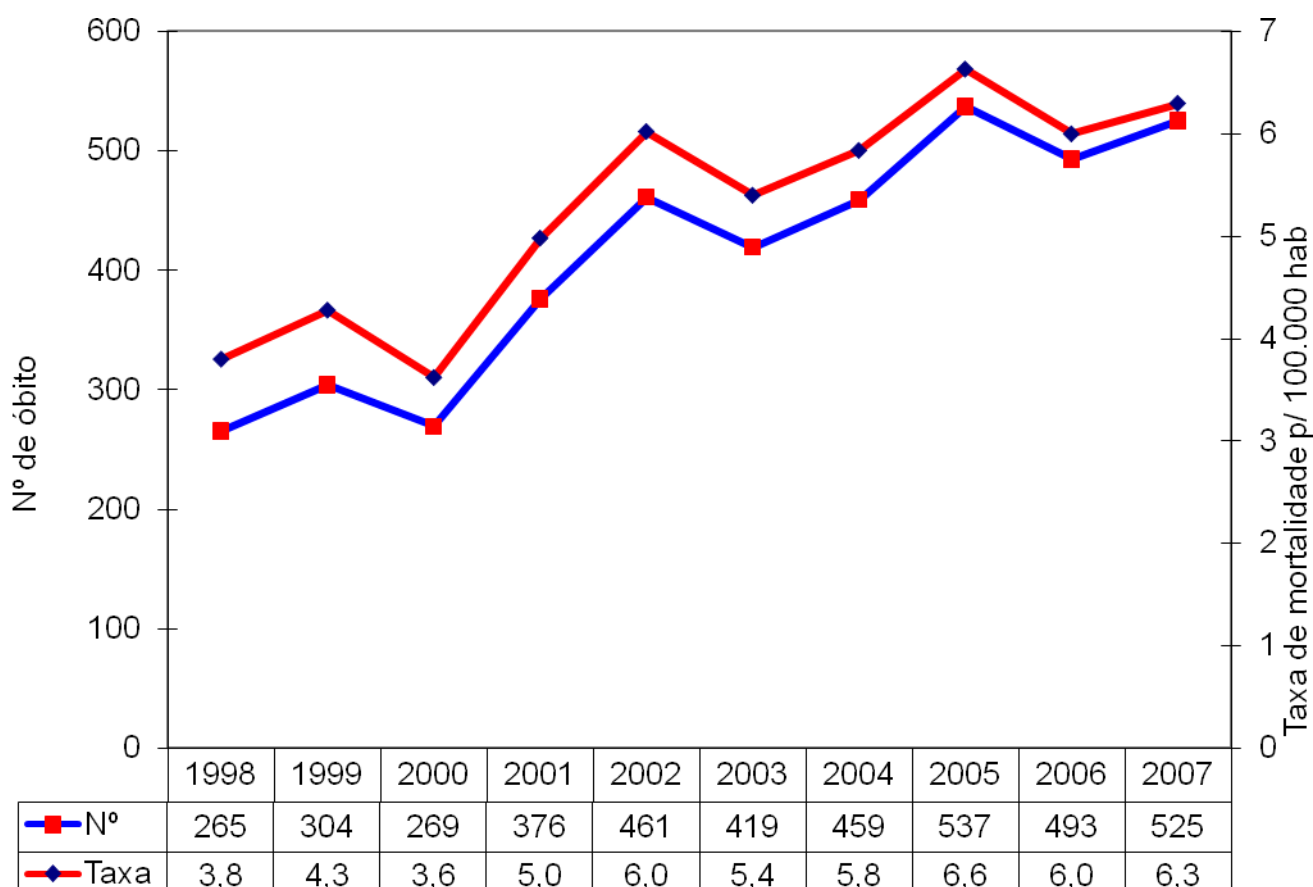
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM

Em relação às taxas de óbitos no ano de 2007, o último da década estudada, a morte por acidente de trânsito atinge a taxa de 20,1% o homicídio atinge a taxa de 23,2% e o suicídio a de 6,3%. Ao se observar o gráfico 9, é perceptível o aumento crescente e consecutivo destas três causas de mortes.

Após análise dos dados gerais de óbitos por causas externas, problematizando-a e focando os suicídios, no Ceará e na década de estudo, a pesquisa passa a focar o suicídio, nos municípios escolhidos, como previsto no Tratamento Metodológico. De quantitativos na primeira fase da pesquisa, foi constatado um aumento de 265 ocorrências de suicídio-ano em 1998 para 525 ocorrências de suicídio-ano em 2007, e um aumento da taxa de 3,8% para 6,3%, o que corresponde ao crescimento de 98% do número absoluto e uma ampliação de 65,79% das taxas de suicídio.

GRÁFICO 10:

Número de óbitos por suicídio e taxa de suicídio no Ceará, no período de 1998 a 2007



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM

Ao analisar o gráfico 10, constata-se aumento crescente das taxas de suicídio, durante os dez anos estudados, com variações significativas entre o início do estudo, ano de 1998, e o seu final em 2007, quando se detecta um aumento de 65,79% nas taxas de suicídio.

Esses óbitos, por causas externas, identificados no Ceará, podem expressar estados individuais e coletivos de sofrimento psíquico, tanto na perspectiva de Ehrenberg (2004), como nas reflexões de Durkheim (1978) e de Benasayag (2005). As campanhas educativas que, na concepção, seriam estratégias de prevenção, passam também a servir à difusão genérica de um estado de alerta, de um temor. A juridicização das relações sociais, por sua vez, funcionam como tentativa de solução, e, simultaneamente, como sintoma de uma crescente incapacidade de norma introjetada, carente, portanto, de se

ter uma instância externa de monitoramento e controle; vide, em paralelo, a profusão de câmeras eletrônicas em ruas e prédios, os bafômetros no trânsito e os programas midiáticos do gênero *Big Brother*.

O comportamento suicida, única-causa psiquiátrica de morte, não pode ser confundido, na totalidade, com doença mental, mas pode indicar problemática situação de saúde mental de uma população. Apenas em 1968 a Organização Mundial de Saúde o estudou de modo sistemático. Atualmente se considera o índice de suicídio necessário à classificação dos níveis de saúde mental de um país ou região.

Como afirma Sampaio; (1994: 414),

Volume de suicídio não mede índice de saúde mental de país ou região, mas indica elevado nível de problematização psicossocial e, associado a outros indicadores, pode bem sugerir graus de coesão e satisfação social, limiar de frustrabilidade e de capacidade de esperança de um grupo.

Se o Ceará apresenta aumento médio superior ao crescimento brasileiro, isto pode indicar dificuldades maiores vividas pela população cearense. Pode indicar, pois há, depois da implantação do SUS, uma confiança maior no registro dos dados de saúde no Ceará do que em outros estados do Nordeste, do Norte e do Centro-Oeste. As dificuldades de notificação em tantas unidades federadas reduzem a confiabilidade global nas informações nacionais.

Estará a população cearense mais sofrida, conflituada, expressando sofrimento e conflito por comportamento suicida em relação aos demais estado brasileiros, ou o sistema de saúde do Ceará tem informações mais confiáveis?

6.4 Epidemiologia do século XXI com lógica do século XIX: uma reflexão

A realização do campo da pesquisa permitiu identificar a existência de bancos de dados complexos e amplos nas Secretarias Estaduais de Saúde e no Ministério da Saúde, em especial, o Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM. O imenso volume de informações acumuladas, no entanto, não está sendo suficientemente explorado pelos núcleos de Epidemiologia das Secretarias de Saúde, pelos pesquisadores acadêmicos ou pelas equipes de

saúde mental que, na ponta da atividade clínica, precisam de informação qualificada para o melhor desempenho das políticas de atenção.

Observa-se que a existência destes bancos de dados e do volume de trabalho diariamente mobilizado para alimentá-los, a presente pesquisa observa que a epidemia de suicídio em Umari, no período 2005/6, não foi diagnosticada (Gráfico 12).

Na compreensão de Sampaio (1998), a definição de epidemia se configura quando ocorrem casos de uma mesma doença/evento, em um número significativamente maior do que o habitual, em determinado local ou período, isto é, um aumento não habitual em relação à média de ocorrência no tempo anterior, de qualquer elemento do processo saúde/doença. Entre os gregos clássicos, epidemia foi definida como ocorrência de doença que veio de outros lugares, importada. Entre os sanitaristas espanhóis do séc XVIII, epidemia foi definida pelo alto volume de mortes resultantes de doenças infecto contagiosas. Hoje, é possível se amparar no comportamento da ocorrência, de qualquer elemento do processo saúde/doença, superando as dicotomias óbito-não óbito, infecto contagioso/crônico-degenerativo, endógeno/exógeno.

O aumento crescente, consecutivo e significativo no período de dez anos, da taxa de homicídio, da taxa de acidente de trânsito e da taxa de suicídio, no Ceará, pode expressar o que Ehrenberg (2004), no texto **As mudanças da relação normal-patológico**, define como expressão de um sofrimento das pessoas e dos grupos, quando se perdem referências simbólicas e laços sociais, decorrentes de crises de autoridade, execração da função pai e ausência de limites.

Ainda, conforme Ehrenberg (2004), a pessoa experimenta as patologias de laço ou vínculo, caracterizadas por comportamento socialmente patológico e individualmente de risco. Poderiam representar, os 33.188 óbitos registrados no Ceará, em relação ao período estudado, a ponta do *iceberg* de fenômenos explicáveis por estas patologias de laço ou vínculo, para além das fatalidades e das falhas tecnológicas objetivas?

6.5 As decorrências que podem ser pensadas destas contextualizações

À vista dos dados encontrados, observa-se que, na década estudada, o comportamento das mortes por causas externa no Brasil apresentou um crescimento discreto, tomando-se os extremos. As curvas de suicídio e homicídio praticamente se superpõem, e o comportamento do acidente de trânsito desde 2004, permanece uma constante. Em relação ao Estado do Ceará, o aumento das mortes por causas externas no período estudado é mais significativo, comparando ao comportamento destas mortes com os valores encontrados para o Brasil. Também se observa que, no Ceará o crescimento das taxas de suicídio não foi isolado e que, concomitantemente, houve um aumento das taxas de homicídio e de acidente de trânsito, levando ao questionamento sobre se os registros dos dados no Ceará é efetivado com mais rigor e fidelidade, ou se efetivamente os fatores psíquicos contribuem com o crescimento das taxas por morte violentas. O achado de o município de maior taxa de suicídio corresponder a uma cidade de 7.891 habitantes contribuiu para corroborar o fato de que, efetivamente, houve aumento nas taxas de suicídio durante o período estudado, pois em uma cidade com este porte seria facilmente identificada pelas equipes de saúde a existência de maior ou menor registro de óbitos por suicídio.

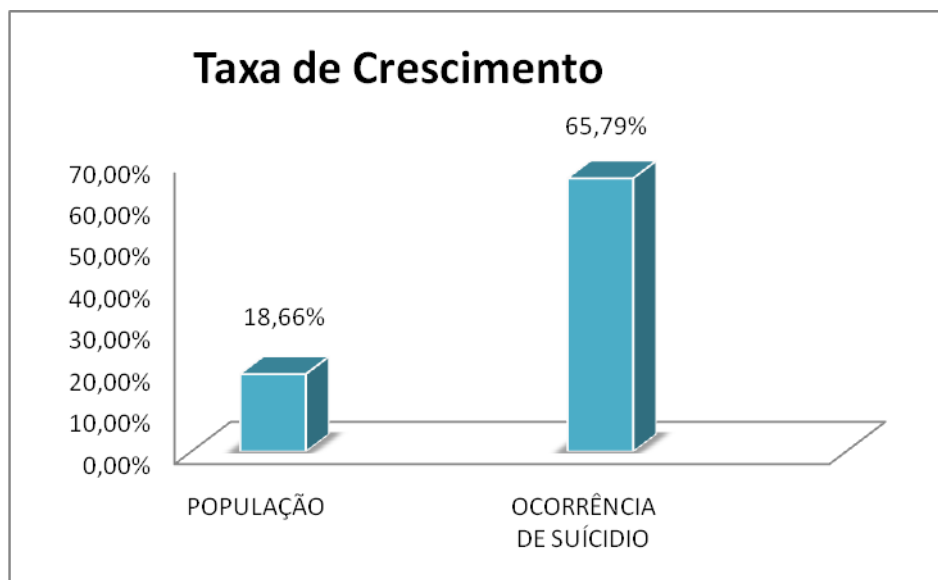
7 CAPÍTULO II - SUICÍDIO: REVELAÇÃO DE UMA SOCIEDADE AUTODESTRUTIVA ?

7.1 Introdução: perfis comparados

A primeira necessidade imposta pelo estudo, numa perspectiva epidemiológica descritiva, é comparar taxa de crescimento dos óbitos registrados como decorrentes de suicídio com a de crescimento da população, no período determinado. Para isto, apresenta-se o gráfico 11.

GRÁFICO 11

Taxas de crescimento dos óbitos por suicídio e da população, no Ceará, no período de 1998 a 2007.



Fonte: MS\Datasus\SIM

No gráfico 11 observa-se aumento de 65,79% da taxa de suicídio em um período de dez anos, enquanto o aumento da população neste mesmo período correspondeu a 18,66%. Em virtude do aumento 3,5 maior do suicídio *versus* o aumento da população, é possível se ultrapassar hipóteses clássicas: perdeu-se o constrangimento moral de serem aceitos, pelas famílias, os registros de suicídio? Aprimoram-se a capacidade técnica de notificação e a disponibilidade das informações? Essa taxa comparativa, que resulta na categoria de risco relativo da Epidemiologia, apresenta-se elevada e

consistente, o que permite especular sobre o aumento das desagregações dos tecidos sociais e de consequências autodestrutivas.

Os estudos de caso, onde o comportamento foi maior, menor ou normossintônico com o comportamento geral da população do Estado, foram concebidos para a qualificação dos achados descritivos, sobretudo para a compreensão das dinâmicas subjacentes às macrotendências encontradas.

7.2 O caso do Município de Marco: o entendimento da menor taxa estadual

7.2.1 Caracterização do Município

O Município de Marco possui área de 574,148 Km², distante de Fortaleza 234,5 km. Sua população é estimada em 24.622 habitantes, sendo 14.037 na área urbana, 9.070 na área rural, com densidade demográfica de 42,88/km². A taxa de escolarização do ensino fundamental é de 100%. A taxa de escolarização do ensino médio é de 48,7%. O IDM é de 35,87, ocupando a posição 37^o posição no Estado do Ceará (2004).

Marco também se destaca por meio de seu pólo moveleiro. Em relação à saúde, a cobertura do PSF é de 99,59%. Compondo a rede de saúde, existe um hospital municipal e Marco é o único município pesquisado que tem um CAPS.

7.2.2 Casos confirmados de suicídio

Em Marco, foram registrados dois óbitos por suicídio, identificados e detalhados no quadro 6.

QUADRO 6:

Dados dos dois casos de suicídio no Município de Marco

ANO	SEXO	CID	INSTRUMENTO	IDADE	ACOMP. SM	ACOMP. PSF	SDNC	SDC	INFORMAÇÃO
2000	M	X659	Álcool	25	NÃO	NÃO	F10		SESA
2004	M	X700	Enforcamento	20	SIM	NÃO		F19/ F31	CAPS

Fonte: MS\Datusus\SIM e entrevistas complementares na pesquisa de campo nos municípios.

Legenda: ACOMP.SM – acompanhamento em saúde mental;

ACOMP. PSF – acompanhamento em PSF;

SDNC – suspeita diagnóstica não confirmado;

SDC – suspeita diagnóstico confirmado.

No quadro 6 observa-se que as duas pessoas que se suicidaram eram portadoras de transtornos mentais e apenas uma fazia tratamento no CAPS, ambas do sexo masculino e na faixa etária de 20-30 anos.

7.2.3 Grupo focal

Durante a realização do grupo focal no CAPS, foi formulada a pergunta norteadora: como explicar que o seu município ocupe a menor taxa de suicídio no *ranking* dos 184 municípios do Estado do Ceará?

Respondendo no grupo focal, os trabalhadores de saúde informaram que o número de ocorrências de suicídio no período de 1998 a 2007 era de dois, e não uma ocorrência como consta nos dados colhidos juntos ao MS/SESA. A coordenadora do CAPS se mostrou disponível para em conjunto com a equipe do PSF ampliar o processo investigativo sobre as outras ocorrências de suicídio no Município durante o período da pesquisa, o que foi efetivado, comprovando no estudo a hipótese da OMS de que, apesar da melhora na coleta dos dados e da melhora dos registros, o suicídio ainda é subnotificado, com o registro do segundo caso não identificado pelo SIM, durante o período estudado.

Respondendo à pergunta norteadora- como explicar que o seu município ocupe a menor taxa de suicídio no *ranking* dos 184 municípios do estado do Ceará? os trabalhadores de saúde associaram a cultura religiosa da comunidade do Município de Marco como fator protetor para evitar o fenômeno do suicídio, pois alegam que a religiosidade continua sendo um elemento de agregação para a comunidade do Município de Marco. Informam ainda que, quando o usuário é identificado com alterações do comportamento compatível com transtornos mentais, incluindo os relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, é encaminhado para os CAPS de Marco, onde é devidamente avaliado e acompanhado de forma sistematizada por uma equipe interdisciplinar de saúde mental. A equipe também expressa que, quando diagnosticam usuários com risco de autodestruição, adotam estratégias de enfrentamento para o risco de suicídio, como, por exemplo, visitas domiciliares e monitoramento na distribuição dos fármacos.

7.3 O caso do Município de São Luiz do Curu: o índice do comportamento mediano

7.3.1. Caracterização do Município

São Luis do Curu possui área de 122,42 Km², distante de Fortaleza 95,6 km. Sua população é estimada em 12.613 habitantes, sendo 7.827 na área urbana, 4.225 na área rural, com densidade demográfica de 103,03km². A taxa de escolarização do ensino fundamental é de 97,71%. A escolarização do ensino médio é de 56,55%. O IDM é de 26,56, ocupando a 101^o posição no Estado do Ceará (2008). A cobertura da Saúde da Família é de 100%. O Município possui também um hospital municipal e a rede de saúde mental de referência é localizada em Caucaia, distante 72Km de São Luis do Curu.

7.3.2 Casos confirmados de suicídio

Os dados coletados correspondentes aos óbitos deste município também foram organizados no quadro 7.

QUADRO 7:

Dados dos cinco casos de suicídio no Município de São Luis do Curu

ANO	SEXO	CID	INSTRUMENTO	IDADE	ACOMP. SM	ACOMP. PSF	SDNC	SDC	INFORMAÇÃO
2002	M	X699	SQ NI	52	NÃO	NÃO	F10		SESA
2003	M	X699	SQ NI	48	NÃO	NÃO	F10		SESA
2005	M	X690	SQ NI	29	NÃO	NÃO	F33		SESA
2006	M	R99	Não especificado	31	NÃO	NÃO	CS		SESA
2006	M	X780	Obj. Cortante e penetrante	16	NÃO	NÃO	CS		SESA

Fonte: MS\Datasus\SIM e entrevistas complementares na pesquisa de campo no município.

Legenda: ACOMP.SM – acompanhamento em saúde mental;

ACOMP. PSF – acompanhamento em PSF;

SDNC – suspeita diagnóstica não confirmado;

SDC – suspeita diagnóstico confirmado.

No quadro 7 observa-se que todos os suicidas eram do sexo masculino, com idade variando entre os extremos de 16 a 52 anos, três pessoas com suspeita diagnóstica não confirmada de transtorno mental e duas consideradas saudáveis pelos componentes da equipe de saúde entrevistada.

7.3.3 Grupo focal

Respondendo a pergunta norteadora, os trabalhadores de saúde se expressaram disponíveis para investigar o crescente número de ocorrências de suicídio neste município e, a coordenadora do PSF enfatizou a importância desta investigação como ação estratégica para a PSF, porém a equipe não consegue identificar e ou associar fatores locais que expliquem a taxa de suicídio no município. A equipe também relata a dificuldade em efetivar estratégias de enfrentamento para o risco de suicídio. Informa, ainda, que em alguns casos conseguem identificar alterações do comportamento e ou diagnosticar uso abusivo de álcool e outras drogas, porém não disponibiliza estratégias terapêuticas para o enfrentamento, e efetiva o encaminhamento para os CAPS de Caucaia, que na maioria das vezes, não se concretiza, seja por falta de infraestrutura do Município para efetivar o encaminhamento, seja por não haver vaga nos CAPS de referência, seja por não-aceitação do cliente, seja por falta de suporte familiar, permanecendo assim o usuário sem assistência especializada em saúde mental e sem acompanhamento terapêutico no PSF, para atenção em saúde mental, como aconteceu no caso dos três eventos de óbito por suicídio no Município de São Luis do Curu, considerados pessoas com transtornos mentais.

7.4 O caso do Município de Umari: indesejável primeiro lugar na taxa estadual

7.4.1 Caracterização do Município

Umari possui área de 263,91 Km², distante de Fortaleza 402,8 km. Sua população é estimada em 7.891 habitantes, sendo 3.869 na área urbana e 3.722 na área rural, com uma densidade demográfica de 29,9km². A taxa de escolarização do ensino fundamental é de 100%. A escolarização do ensino médio é de 35,4% e a cobertura da Saúde da Família é de 87,84%. O IDM é de 25,1, ocupando a 112^o posição no Estado do Ceará (2008). O Município possui

um hospital municipal e o equipamento de saúde mental de referência é o CAPS de Icó. Em decorrência da proximidade com cidades do Estado da Paraíba, a população espontaneamente também procura a rede de saúde mental no Estado vizinho, como foi identificado no levantamento de dados junto à equipe de saúde de Umari.

7.4.2 Casos confirmados de suicídio

Os dados coletados dos 12 óbitos deste município, também foram organizados no quadro 8.

QUADRO 8:

Dados dos doze casos de suicídio no Município de Umari

ANO	SEXO	CID	INSTRUMENTO	IDADE	ACOMP. SM	ACOMP. PSF	SDNC	SDC	INFORMAÇÃO
2001	M	X709	Enforcamento	58	NÃO	NÃO	F10		SESA
2002	M	X699	SQ NI	64	NÃO	NÃO	F43		SESA
2005	M	X700	Enforcamento	36	NÃO	NÃO	F10; F33		SESA
2005	M	X700	Enforcamento	53	NÃO	NÃO	F10		SESA
2006	M	X700	Enforcamento	37	SIM (PB)	NÃO	F33		SESA
2006	M	X700	Enforcamento	38	NÃO	NÃO	CS		SESA
2006	M	X690	SQ NI	47	NÃO	NÃO	F10		SESA
2006	M	X700	Enforcamento	44	NÃO	NÃO	F10		SESA
2006	M	X700	Enforcamento	31	NÃO	NÃO	F10		SESA
2006	M	X709	Enforcamento	21	NÃO	NÃO	F10		HMU
2007	M	X680	Pesticida	58	NÃO	NÃO	F10		SESA
2007	M	X749	A. fogo	58	NÃO	NÃO	F43		SESA

Fonte: MS\Datusus\SIM e entrevistas complementares na pesquisa de campo no município.

Legenda: ACOMP.SM – acompanhamento em saúde mental;

ACOMP. PSF – acompanhamento em PSF;

SDNC – suspeita diagnóstica não confirmado;

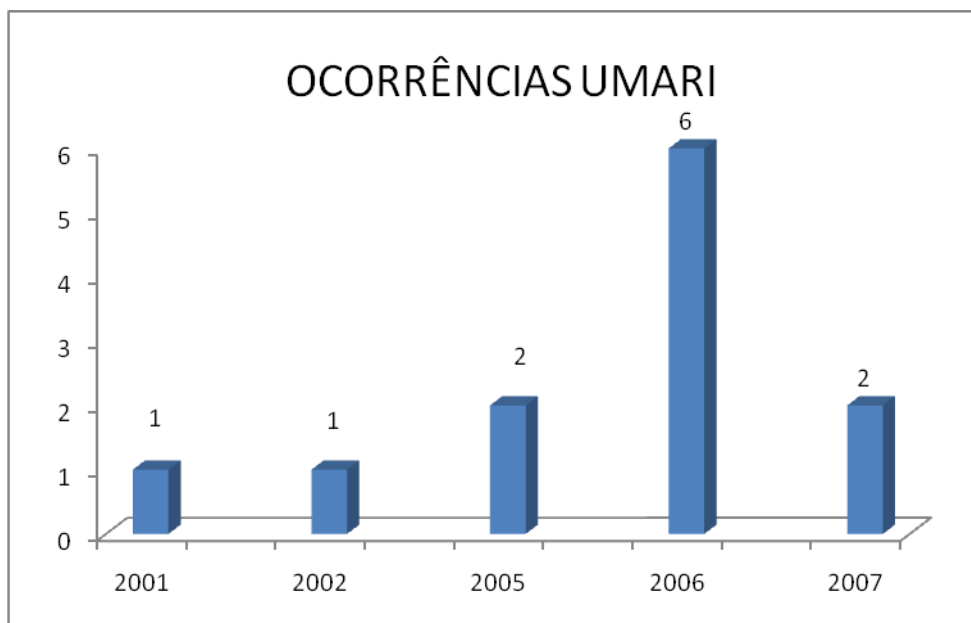
SDC – suspeita diagnóstico confirmado.

Ao visitar o Hospital Municipal de Umari, os trabalhadores de saúde informaram que o número de ocorrências de suicídio no período de 1998 a 2007 era de 12, e não 11 ocorrências, como consta nos dados colhidos junto

ao MS/SESA. A equipe do hospital se dispôs a, em conjunto com a equipe do PSF, ampliar a investigação sobre a 12ª ocorrência de suicídio no Município durante o período da pesquisa, o que foi efetivado. Novamente foi comprovada no estudo a hipótese da OMS de que, apesar da melhora na coleta dos dados e da melhora dos registros, o suicídio continua subnotificado, como ficou comprovado também em Umari, com um caso não identificado pelo SIM, durante o período estudado.

No gráfico 12, a pesquisa detectou a concentração da ocorrência do suicídio nos anos de 2005/2006 em Umari, com 67% (oito suicídios), do total de 12 suicídios em um período de 15 meses, crescimento este caracterizado como epidemia.

GRÁFICO 12 :
Número de suicídios por ano, no Município de Umari no período de 1998 a 2007



Fonte: MS\Datusus\SIM

Apesar do registro da epidemia do suicídio em Umari no período de 2005/2006, não foi desenvolvido planejamento estratégico de enfrentamento

para a ocorrência de suicídio pelo Município, Secretaria Estadual de Saúde ou Ministério da Saúde neste período.

7.4.3 Grupo focal

Durante a realização do grupo focal, foi realizada a pergunta norteadora: como explicar que o seu município ocupe a maior taxa de suicídio no *ranking* dos 184 municípios do Estado do Ceará?

Respondendo á indagação, os trabalhadores de saúde associaram aos seguintes fatores a alta taxa do Município:

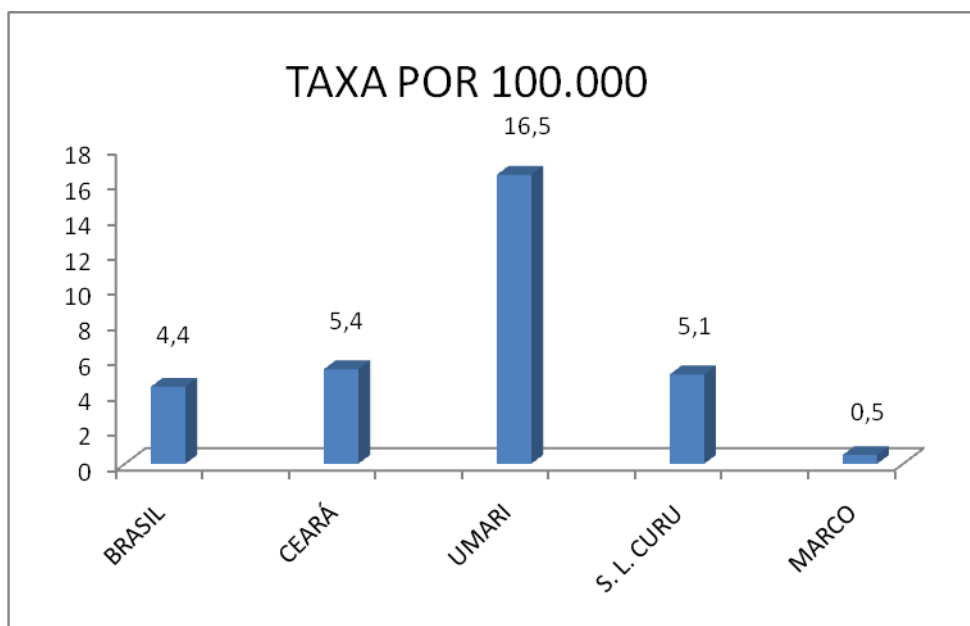
FALTA DE TRABALHO → OCIOSIDADE → ALCOOLISMO → DESAVENÇAS FAMILIARES → CONFLITOS SOCIOFAMILIARES → SOFRIMENTO PSÍQUICO (SP) → SUICÍDIO. A equipe ainda relata a dificuldade em efetivar estratégias de enfrentamento para o risco de suicídio. Informa também que, quando consegue identificar alterações do comportamento e ou diagnosticar uso abusivo de álcool e outras drogas, não disponibiliza estratégias terapêuticas para o enfrentamento e efetiva o encaminhamento para o CAPS de Icó; e que, às vezes, este encaminhamento não se concretiza, seja por falta de infraestrutura do Município para efetivar o encaminhamento, como, por exemplo, falta de transporte, seja por falta de vaga nos CAPS de referência. Existem ainda os casos em que o encaminhamento não se concretiza por falta de aceitação do usuário, ou por falta de suporte familiar, permanecendo assim o usuário sem assistência especializada em saúde mental e sem acompanhamento terapêutico no PSF, para transtorno mental.

7.5 As decorrências que podem ser pensadas dos estudos de caso

Ao se observar a taxa de suicídio por Município no Ceará, foi detectado o fato de que Umari ocupa o primeiro lugar do *ranking* na taxa por 100.000hab, São Luis do Curu, a taxa mediana e Marco o último lugar no *ranking*, com apenas uma ocorrência notificada pelo SIM em dez anos, sendo que, durante a pesquisa de campo, foi identificada a segunda ocorrência, que

não tinha sido detectada e registrada pela SESA ou pelo Ministério da Saúde. Estes dados foram organizados no gráfico 13.

GRÁFICO 13:
Taxa de suicídio no Brasil, Ceará, Umari, São Luis do Curu e Marco.



Fonte: MS\Datusus\SIM / pesquisa de campo

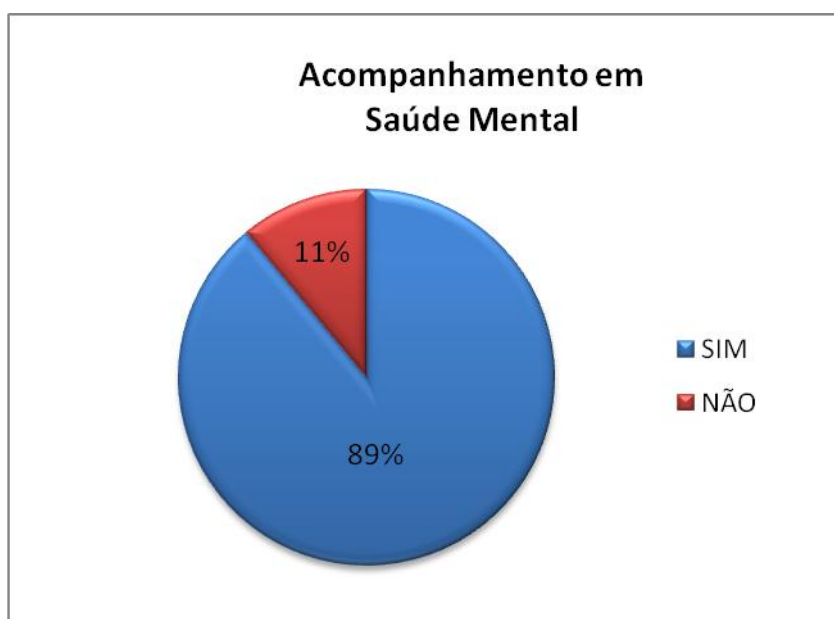
Ao analisar o gráfico 13, observa-se que as taxas de suicídio dos municípios estudados, do Ceará e do Brasil, exibem uma discrepância significativa, ocorrida no Município de Umari, tanto em relação ao Brasil como no referente ao Ceará e os dois outros municípios estudados.

Com a investigação aprofundada das ocorrências nos municípios, foi pesquisada a existência ou não de transtorno mental das pessoas que cometeram suicídio e elaborado o quadro de ocorrências com os dados coletados. Os indicadores recolhidos junto à equipe de saúde dos municípios com valiosa contribuição das agentes de saúde, especialmente naqueles onde não existe equipamento específico de saúde mental, apontam que a maioria absoluta das pessoas que se suicidaram, isto é, 94,74%, não eram acompanhados em serviços de saúde mental e também não estavam fazendo acompanhamento no PSF, para o sofrimento psíquico, o que colaborou para que apenas uma pessoa, isto é, 5,26%, tivesse seu diagnóstico confirmado por

um médico da equipe do Município. Nos demais casos, foi efetivada suspeita diagnóstica não confirmada por um médico da equipe municipal. É importante registrar o fato de que uma pessoa estava sendo acompanhada em um serviço de saúde mental de um município do Estado da Paraíba, porém não havia articulação do PSF com este serviço.

Com os dados coletados foi formulado o Gráfico 14.

GRÁFICO 14:
Acompanhamento em saúde mental das pessoas que se suicidaram



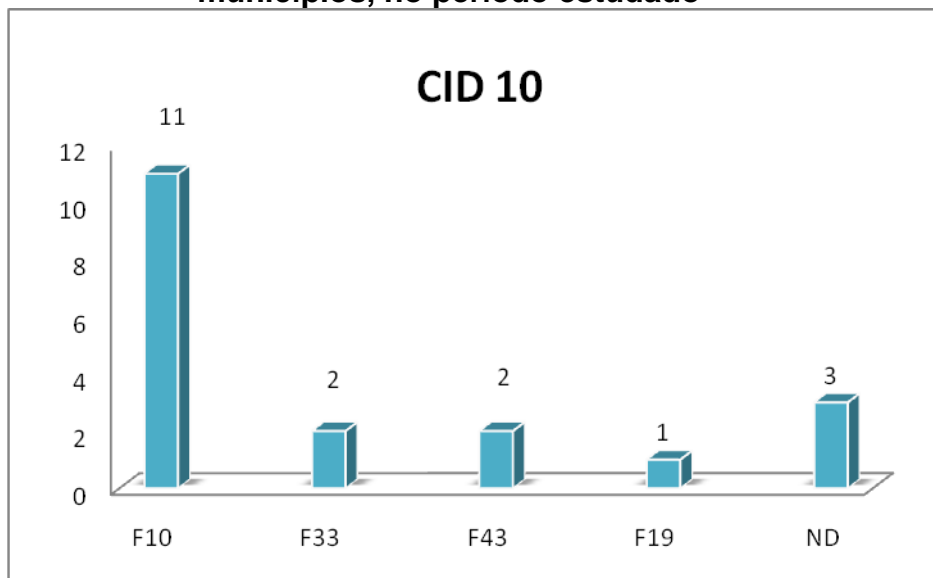
Fonte: MS\Datusus\SIM e entrevistas complementares na pesquisa de campo nos municípios.

Observa-se no Apêndice 3 que apenas duas pessoas, isto é, 10,53%, faziam acompanhamento especializado em saúde mental, sendo uma no CAPS de Marco e uma em clínica especializada de um município da Paraíba.

Com base nos indicativos encontrados, observou-se que 16 pessoas, isto é, 84,21% das que se suicidaram apresentavam alteração de comportamento compatível com algum transtorno mental, de acordo com as informações das equipes entrevistadas dos respectivos municípios, o que está demonstrado no gráfico 15.

GRÁFICO 15:

Perfil dos diagnósticos das pessoas que se suicidaram, nos três municípios, no período estudado



F10	F33	F43	F19	ND
58%	11%	11%	5%	16%

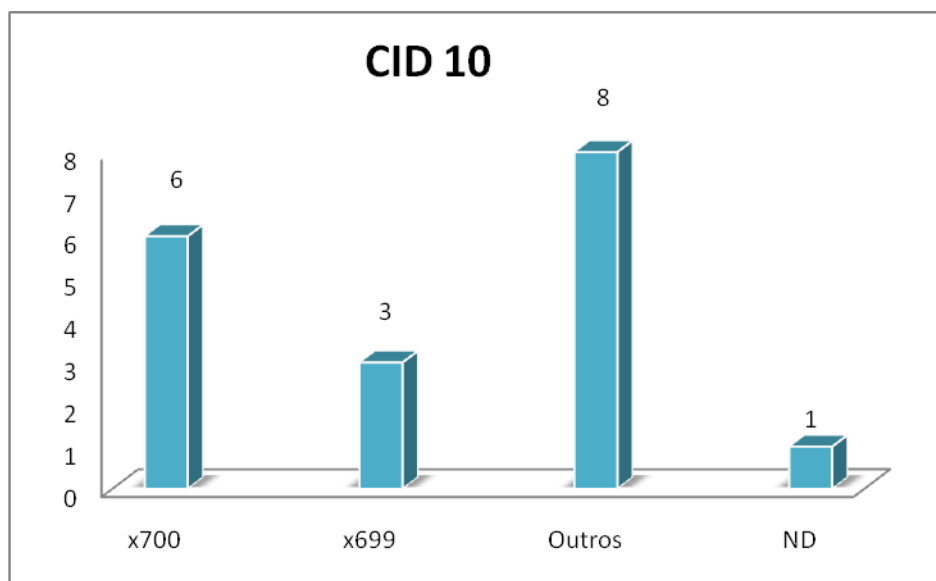
Fonte: Nas entrevistas complementares na pesquisa de campo nos municípios, apenas um caso, isto é, 5,26%, teve diagnóstico confirmado pelo médico do Município.

De acordo com os dados encontrados, a maioria (58%) apresentava comportamento que pode ser caracterizado como F10 (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool), 11% exibiam alteração de comportamento compatível com F33 (transtorno depressivo recorrente), 11% demonstravam alteração de comportamento compatível com F43 (reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação), 5% demonstravam alteração de comportamento compatível com como F19 (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas) e em 16% não foi detectada alteração de comportamento compatível com algum transtorno mental, consideradas então, pelos entrevistados de seus respectivos municípios como pessoas saudáveis (CS).

Os dados registrados no Apêndice 3 também identificam as informações dos instrumentos usados para a concretização do evento do suicídio- informações organizadas no gráfico 16.

GRÁFICO 16:

Instrumentos usados para efetivar o suicídio, nos três municípios

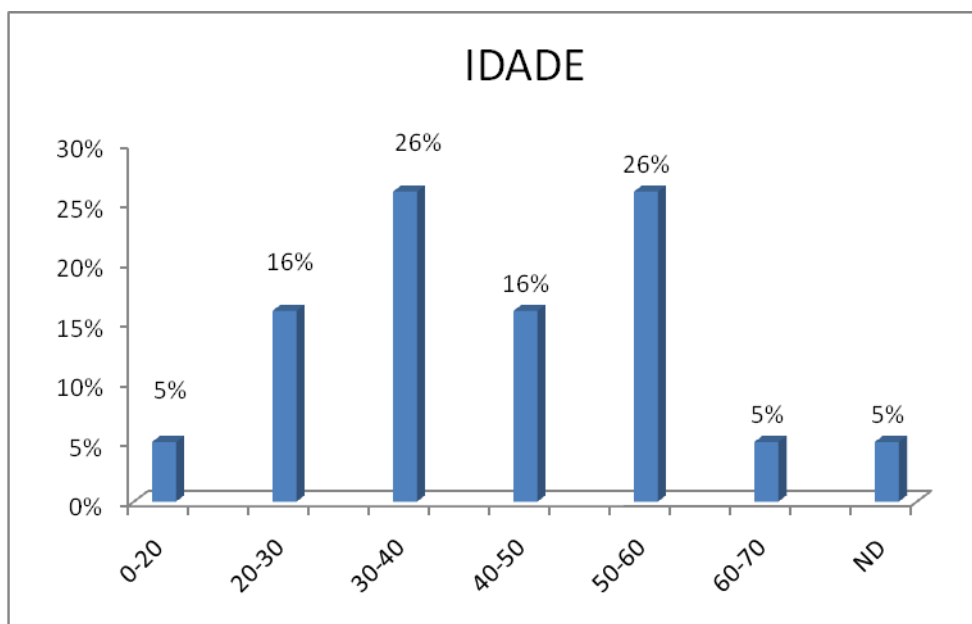


Enforcamento (x700)	SQNI (x699)	Outros	ND
33%	17%	44%	6%

Fonte: MS\Datusus\SIM e entrevistas complementares na pesquisa de campo nos municípios.
Legenda: SQNI – Substancia Química Não Identificada

No gráfico 16, observa-se que 33%, isto é, a maioria, usou o enforcamento como principal instrumento, o que acompanha a literatura internacional; o segundo instrumento mais empregado foi a ingestão de substância química. Em relação à idade, foi organizado o gráfico 17.

GRÁFICO 17:
Dados em relação à idade



0-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	ND
5%	16%	26%	16%	26%	5%	5%

Fonte: MS\Datusus\SIM e entrevistas complementares na pesquisa de campo nos municípios.

No gráfico 17 é observado que a concentração do número maior de pessoas que se suicidaram ocorreu nas faixas etárias de 30/40 anos e na faixa etária de 50/60 anos, com 26% em cada faixa, totalizando 52%.

Em relação ao estado civil, os dados registrados no apêndice 3 demonstram que seis pessoas eram solteiras, seis eram casadas, quatro separadas, duas com união estável e uma pessoa era viúva. Os dados encontrados demonstram que 57,89% não mantinham relacionamento conjugal, o que acompanha a literatura mundial.

7.6 Exame dos dados coletados e resposta às perguntas norteadoras

O suicídio pode ser associado na experiência social do Estado do Ceará, Brasil, na atualidade, como expressão de sofrimento psíquico na contemporaneidade? Sim, pois 84% das pessoas que se suicidaram nos três municípios estudados, segundo os dados coletados na pesquisa de campo, apresentavam sintomas compatíveis com o que os autores Benasayag (2005), Ehrenberg (2004), e Galimberti (2006), Faveret (2007), Sampaio (1995), e as pesquisadoras clínicas Rodrigues (2007) e Oliveira (2007) descrevem como expressão de sofrimento psíquico.

O suicídio atualmente, no Ceará, se caracteriza como fenômeno de massa, assumindo posição de ponta no indicador de sofrimento psíquico na contemporaneidade? Como o objeto de pesquisa desta dissertação é permeado por dados subjetivos, a resposta para esta questão não é definitiva/conclusiva, porém, ao se observar o gráfico 10 constata-se que, no período de 1998 a 2007, houve aumento de 65,79% na taxa de suicídio e crescimento de 98% no percentual do suicídio, o que também corrobora as hipóteses de Benasayag (2005), Ehrenberg (1999) e Galimberti (2006) de que existe aumento do sofrimento psíquico na contemporaneidade; e as de Cassorla (98), defendendo o argumento de que o suicídio é a ponta do *iceberg* de uma série de comportamentos e fantasias da atualidade. O suicídio, por conseguinte, na atualidade, pode se caracterizar como fenômeno de massa no Ceará - última fronteira do sofrimento psíquico na contemporaneidade, que pode significar a revelação de uma sociedade autodestrutiva e não necessariamente a expressão de sintomas estruturados como doença.

No que concerne à associação entre suicídio e depressão-doença, não foram encontrados dados semelhantes à literatura nacional e mundial, pois, segundo a literatura, 30,2% das pessoas que se suicidaram apresentavam transtorno do humor / depressão e 17,6% exibiam transtorno por uso de substância álcool e outras drogas e 14,1% eram portadores de esquizofrenia. Na pesquisa realizada, 63% estão associados a transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de álcool e outras drogas, enquanto apenas 11% se associam a transtorno do humor / depressão.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1 Considerações finais

A pesquisa se mostra relevante nos achados epidemiológicos, ratificando a importância do aprofundamento dos estudos em relação ao suicídio. No referente à associação do suicídio com fatores sociológicos e ou antropológicos, que possa explicar as diferentes taxas de suicídio, nos três municípios estudados, este ensaio apresenta limitações, que poderão ser explicadas pela exigüidade do tempo da investigação, do processo histórico da pesquisadora, da complexidade do fenômeno do suicídio e / ou decorrente de não ter sido encontrados estudos sociológicos dos três municípios examinados.

O estudo constata aumento, em números absolutos, de 265 ocorrências de suicídio-ano em 1998 para 525 ocorrências de suicídio-ano em 2007, e crescimento da taxa de 3,8% para 6,3%, no Estado do Ceará, o que corresponde a uma elevação de 65,79% na taxa de suicídio, enquanto crescimento da população neste mesmo período correspondeu a 18,66%. Observando o gráfico 10, constata-se que não foi um aumento isolado e sim uma tendência que se repetiu durante vários anos.

Na fase qualitativa, a história de 84% das 19 pessoas que se suicidaram, colhidas junto às equipes de saúde dos seus respectivos municípios, apontam para o que os autores Ehrenberg(2004), Benasayag (2005) e Galimberti (2006) caracterizam como sofrimento psíquico na contemporaneidade. Estas pessoas expressaram, por intermédio do suicídio, uma vulnerabilidade individual e, assim, ratificaram as hipóteses de que as pessoas estão perdendo a intenção de desejar a vida e com fadiga de si mesmo?

Ainda na fase qualitativa, também se constatou a importância de os trabalhadores da saúde coletiva (PSF/CAPS) instituírem a normatização de avaliar criticamente as DO de cada pessoa em seu município, para que os dados epidemiológicos das causas de óbito sejam registrados com maior rigor e fidelidade, uma vez que foram identificados dois óbitos por suicídio não registrados pelo SIM e questionada uma das DO registrada como suicídio.

Com efeito, esta investigação confere ênfase à importância da parceria Ministério da Saúde/Secretarias de Saúde/serviços de saúde /Academia para a elaboração e o desenvolvimento de novas práticas/teorias em saúde mental, para impulsionar os trabalhadores a desenvolverem pesquisas clínicas no seu campo de trabalho, objetivando superar os desafios do cotidiano da clínica, no sentido de desenvolver novas estratégias que contribuam com a superação de graves problemas de saúde pública, em especial, em relação ao suicídio.

8.2 Um holocausto invisível

Em um período de dez anos, ocorreram 4.108 óbitos no Estado do Ceará por suicídio, 77.698 no Brasil e, neste mesmo tempo, segundo a OMS (2001), estima-se que dez milhões de pessoas se suicidaram no Mundo, número maior do que os seis milhões de judeus mortos nos campos de concentração na Segunda Guerra Mundial, o que caracteriza **um holocausto invisível**. Vidas ceifadas pelo modo de viver na contemporaneidade? Alguns desses óbitos poderiam ter sido evitados, se tivessem sido desenvolvidas estratégias diferentes de prevenção ao suicídio?

8.3 A terceira fase da reforma psiquiátrica no Brasil

Os dados encontrados em Umari, detectando o fato de que 67%, isto é, oito ocorrências de suicídio foram registradas em 15 meses, podem caracterizar uma epidemia, sem que seja adotada uma estratégia de enfrentamento para a problemática do suicídio nesse município, pela saúde mental do Estado ou do Ministério da Saúde, o fato demonstra as limitações do acompanhamento e da interpretação dos estudos de comportamentos dos bancos de dados por uma equipe de epidemiologia em saúde mental pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde. Nesta fase, também foi constada a inexistência de uma estratégia de enfrentamento do suicídio em dois municípios estudados, pelas suas equipes de saúde, demonstrando, assim, a urgência da implantação da terceira fase da reforma psiquiátrica brasileira, como defenderam os trabalhadores de saúde mental no IV Seminário de Intercâmbio Internacional Ceará/França, realizado pelo Instituto Dr. Vandick Ponte / UNIFOR / UECE, em 2009, na cidade de Fortaleza / Ceará,

quando foi ressaltada a importância de avançar para além do enfrentamento dos hospícios, da criação e ampliação dos serviços extra-hospitalares e de inserção social das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, bem como a necessidade de desenvolver outras estratégias para o enfrentamento do sofrimento psíquico da contemporaneidade.

8.4 Heroínas sem retaguarda, na saúde mental

Nesta pesquisa, também se observou que as agentes de saúde atuam no campo com sensibilidade, comprometimento com a comunidade, porém sem retaguarda para o enfrentamento no campo da saúde mental e, em especial, para o enfrentamento do risco de suicídio. Durante a fase qualitativa, foi observado que 16 pessoas que cometeram suicídio tinham alteração do comportamento compatível com transtorno mental e que apenas duas, isto é, 12,5% dessas 16 pessoas, faziam acompanhamento especializado em saúde mental, apesar de as agentes de saúde detectarem estas mudanças de comportamento e, inclusive, encaminharem algumas dessas pessoas para serviços especializados de saúde mental.

8.5 Conclusões

Esta dissertação não pode efetivar afirmações categóricas, mas ratifica o descrito na literatura: que o suicídio é um grave problema de saúde pública. Alerta, portanto, o MS, a SESA, as Secretarias Municipais de Saúde, as Instituições de ensino e os trabalhadores de saúde coletiva, seja no campo da saúde mental, seja no terreno da Estratégia da Saúde da Família, no sentido de que os dados encontrados, tanto na fase quantitativa como na qualitativa, apontam para um aumento crescente e consecutivo de uma mortalidade silenciosa, às vezes anunciada e, em algumas vezes, nem registrada, ou mesmo subnotificada no Estado do Ceará. Esta mortalidade indica, com suporte nos dados encontrados, que pode haver associação com o sofrimento psíquico na contemporaneidade, e que precisa ser amplamente estudado, com vistas à adoção de novas estratégias de enfrentamento. Concluiu-se a dissertação apontando a importância de ampliar as discussões sobre os diversos e complexos fatores associados ao suicídio, além dos

neurotransmissores e dos diagnósticos definidos na CID 10 e/ou no DSM-IV, e aprofundar a investigação dos efeitos adoecedores que podem estar provocando impacto na subjetividade da pessoa na contemporaneidade. Este estudo também aponta para a importância de ampliar o questionamento em relação à literatura atual, ao detectar o fato de que 98% das pessoas que se suicidam são portadoras de transtornos mentais. São portadoras de transtornos mentais ou são pessoas com sofrimento psíquico sem alterações dos neurotransmissores, denunciando a vulnerabilidade no viver da contemporaneidade e a necessidade do desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamentos? A menor taxa de suicídio em um município de 24.622 habitantes com um IDM de 35,87, ocupando a 37^o posição no Estado do Ceará (2004), que conta com um CAPS, pode estar relacionada ao desenvolvimento de estratégias eficazes de enfrentamento aos riscos de suicídio e também a fatores de proteção, como, por exemplo, a religiosidade? A maior taxa de suicídio em um município com 7.891 habitantes e distante 402,8Km de Fortaleza pode estar associada à globalização do sofrimento psíquico na contemporaneidade que não se limita aos grandes centros urbanos em expressar a vulnerabilidade do indivíduo, a frouxidão dos laços, o sofrimento entre o querer ser, ter e não poder alcançar por falta de oportunidades em uma cidade pequena sem grande mobilidade social, com uma taxa de escolaridade do ensino fundamental de 35,4% e com IDM é de 25,1, ocupando a 112^o posição no Estado do Ceará (2008)?

8.6 Recomendações

Pode-se perceber que, apesar dos milhares de artigos publicados sobre o suicídio, assim como da edição da literatura sobre o sofrimento psíquico na contemporaneidade, ainda muito se tem por saber/fazer no cotidiano da clínica, da epidemiologia, da gestão e da concepção das políticas públicas, para que, no Estado do Ceará, se possa intervir no campo da saúde, contribuindo com a redução das taxas de suicídio. Recomenda-se, portanto:

8.6.1 Junto à academia – que se continue ampliando o desenvolvimento de pesquisas realizadas nos serviços, para que os trabalhadores destes possam aprofundar o conhecimento de seus dados, no sentido de superar as dificuldades do cotidiano da clínica. Marco, onde foi

detectada a menor taxa de suicídio do Ceará, e os trabalhadores de saúde relacionaram à religiosidade, pode vir a ser um município propício para investigações entre a relação religiosidade e comportamento suicida, uma vez que os estudos em relação a esse tema ainda são contraditórios. Em Umari, onde se observou a maior taxa de suicídio, impõe-se ampliar a investigação da possível associação sofrimento psíquico, vulnerabilidade e aumento do risco de suicídio.

8.6.2 Junto às políticas públicas de saúde - que a Portaria N°336, do Ministério da Saúde (2002), seja revisada, com o objetivo de enfatizar o desenvolvimento de uma estratégia de saúde pública para o enfrentamento do suicídio, uma vez que a versão atual não faz nenhuma referência, nos seus dez artigos, quanto ao risco de suicídio e ao suicídio, e, conseqüentemente, a nenhuma modalidade de intervenção, a fim de que seja desenvolvida no cotidiano dos serviços do País uma política pública de enfrentamento para a complexidade do suicídio; assim como seja adotada a rotina de uma investigação clínica pela equipe da saúde coletiva (PSF-CAPS) para complementar a DO, nos casos de óbitos por suicídio, homicídio ou por acidentes de trânsito, adotando vários questionamentos, como, por exemplo, os descritos nesta dissertação.

- Era uma pessoa que sofria de algum transtorno mental?
- Qual o diagnóstico do transtorno mental?
- Fazia tratamento psiquiátrico de forma sistematizada?
- Já tinha tentado suicídio?
- Algum membro da família já cometeu suicídio?
- Outro membro da família sofre de algum transtorno mental?
- Em caso de suicídio, qual equipamento da Rede de Saúde foi acionado para o acompanhamento dos familiares sobreviventes?
- Em caso de suicídio, algum acompanhamento foi oferecido aos sobreviventes?
- Em caso de acidente de trânsito, houve investigação para avaliar comportamento suicida do envolvido?

Após 30 anos de implantação da reforma psiquiátrica no Brasil, com conquistas imensuráveis, já avaliadas e publicadas em dezenas trabalhos científicos e em relatórios oficiais, para as pessoas que apresentam transtornos mentais de base biológica, como a esquizofrenia, o transtorno afetivo bipolar, o transtorno obsessivo compulsivo e a depressão doença, a política de saúde mental brasileira ainda tem muito a fazer em relação ao suicídio. A avaliação dos óbitos definidos como causas externas e, em especial, a avaliação dos óbitos por suicídio no Estado do Ceará, no período de 1998 a 2007, alerta também para a epidemiologia observar que os processos mentais devem ser identificados como eventos tão graves quanto outros processos patológicos de base e expressão biológica, geralmente, mais insidiosos e podendo ser mortais.

Este estudo demonstra a urgência de se efetivar planejamentos de políticas públicas em parceria com a sociedade em geral, em especial com as escolas, empresas e a Justiça, para mobilizar os diversos atores sociais, destacando-se os trabalhadores de saúde, com ênfase no PSF, uma vez que o estudo detectou o fato de que 84,21% das pessoas que se suicidaram foram identificados como portadores de alterações do comportamento pelos trabalhadores do PSF. O resultado deste ensaio também demonstra a necessidade de uma parceria com os educadores e os operadores do Direito, para a formulação de estratégias eficientes que contribuam com mudanças nas inter-relações e na subjetividade das pessoas, para que estas possam viver com melhor saúde mental na contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. **Depressão e sexualidade**. São Paulo: Lemos, 2005.

ALMEIDA, A. M.; NETO, F. L. A. Religião e comportamento suicida – a cultura da morte. In.: MELEIRO, A. M. A. S., TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004. c. 3.

Anuário do Ceará 2010/2011. Fortaleza: jornal O Povo, 2010.

Barros MBA. As mortes por suicídio no Brasil. In: Cassorla RMS, coordenador. *Do suicídio*. Campinas: Papyrus; 1991. p. 41-59

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artes médicas, 1997. P. 152.

BENASAYAG, Miguel. **L'Epoca delle Passioni Tristi**. Milão: Feltrinelli, 2005.

BERTOLETE, J. M. O suicídio e sua prevenção. In.: MELEIRO, A. M. A. S., TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004. c. 11.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933, de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, supl. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Universidade Estadual de Campinas. Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, [200-]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.876**, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM Nº 336** - de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1876.htm>>. Acesso em: 16 ago. 2007.

BRASIL. **Portaria n 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Delibera sobre a reorientação do novo modelo de saúde mental no país e redefine as modalidades nos CAPS brasileiros. Brasília, 2002.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. (Orgs.). **Sufrimento Psíquico nas Organizações**. Saúde mental e trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

CORDÁS, T. A. **Depressão** – da Bile Negra aos Neurotransmissores. Uma introdução histórica. São Paulo: Lemos, 2002.

APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** – DSM IV. 4. ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.

DURKHEIM, E. **Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

EHRENBERG, A. **La fatica di essere se stessi. Depressione e società**, Editora: Einaudi, Turim -It., 1999.

Ehrenberg A. (2004). "Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale", *Esprit*, mai, p. 133-156.

FAVERET, Bianca Maria Sanches & outros. **Eros no Séc. XXI: Édipo ou Narciso?**<http://www.google.com.br/search?hl=ptBR&q=EROS+NO+S%3%89ULO+XXI%3A+%C3%89DIPO+OU+NARCISO%3F+bianca+faveret&btnG=Pesquisar&meta> (Revista TEMPO PSICANALÍTICO, RIO DE JANEIRO, V.39, P.35-50, 2007)

FREUD, S. **Standard brasilian das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. São Paulo: Imago, 1974. v. 14.

FREUD, S. **Standard brasilian das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. São Paulo: Imago, 1974. v. 21.

GALIMBERTI, U. **Psiche e techne**. O homem na idade técnica. São Paulo: Paulus, 2006.

GALIMBERTI, U. Quello che resta di Freud. **Giornale La Repubblica**, 21 de janeiro de 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo de 2000**. Disponível em: (<http://www.ibge.gov.br>). Acesso em: 11 maio. 2009.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria**. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

KREITMAN, N.; PHILIP, A. .E.; GREER, S.; BAGLEY, C. Parasuicide. **Brit. J Psychiatry** 1970; 115:460-78

LEON, L. M.; BARROS, M. B. A. **Mortes por suicídio: diferença de gênero e nível socioeconômico**. Rev. Saúde Pública. v. 37. n. 3. São Paulo, junho de 2003.

MELEIRO, A. M. A. S., TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MIGUEL, E. C. et al. **Espectros psicopatológicos em psiquiatria: implicações para o tratamento**. Higianópolis, SP: Solvay Farma, 2003.

MORENO, D. H. et al. **Recuperação em depressão**. São Paulo: Livre, 2003.

OLIVEIRA, M. A. O fenômeno depressivo em clínica privada na cidade de Fortaleza: estudo de dados secundários. Fortaleza, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de Transtornos de Comportamento da CID 10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Relatório sobre a Saúde mental no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: OPAS/OMS, 2001. 173 p.

RODRIGUES, A. G. **O Viver nosso de cada dia**. Disponível em: <<http://www.institutovandickponte.org.br>>. Acesso em: 07set. 2008.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. São Paulo: MEDSI, 1994.

RÚDIO, V. F. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SAMPAIO, J. J. C. Saúde mental. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. São Paulo: MEDSI, 1994. c. 15. p. 403-420.

SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SAMPAIO, J. J. C. Doutor, meu sistema é nervoso. In.: SANTOS, A. A.; MAGALHÃES, P. J. C. **Isto não se aprende na Escola**. 2. ed. Fortaleza: Associação Médica Cearense, 2007. C. 15.

SCHNEIDER, I. K. **Psicopatologia clínica**. São Paulo: Mestre Jou, 1988.

SECRETARIA DE TURISMO DE Fortaleza, 2005. C

SILVA, M.C.G., et al. **Avaliação da qualidade do programa de saúde da família no Estado do Ceará**. Fortaleza, 2003. 12p

STAHL, S. M. **Psicofarmacologia**. Bases neurocientíficas e aplicações clínicas. São Paulo: MEDSI, 1998.

STENVENSON, J. M. Suicídio. In: TALBOTT, J.; HALES, R.; YUDOFKY, S. **Tratado de psiquiatria**. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.

TURATO, R. E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológico, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, FILHO, E. V. **Morrer por homicídio em Fortaleza-CE: um estudo de epidemiologia ecológica**. 2002. p. 44-47. Tese (Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva)) - Universidade de São Paulo.

APÊNDICES

APÊNDICE 1:
Questionário para SESA

- 1- Quantos óbitos por suicídio ocorreram no município de 1998 a 2007?
- 2- Quais foram os principais instrumentos da autodestruição utilizados pelos suicidas, no período entre 1998 a 2007?
- 3- Quantas pessoas que se suicidaram faziam tratamento especializado com psiquiatra ? Qual a unidade de saúde ?
- 4- Qual a articulação entre a SESA e a unidade de saúde ?
- 5- Qual o diagnóstico desses sujeitos que se suicidaram e faziam tratamento especializado com psiquiatra ?
- 6- Quantas pessoas que se suicidaram já tinham efetivado tentativas anteriores? Qual a média de tentativas nestes casos ?
- 7- Quais a idade e o sexo das pessoas que se suicidaram, no período entre 1998 e 2007?
- 8- Algum membro da família das pessoas que se suicidaram já cometeu suicídio?
- 9- Qual equipamento da rede de saúde foi acionado para o acompanhamento dos familiares sobreviventes?
- 10- Qual o acompanhamento oferecido aos sobreviventes? Por quanto tempo?

APÊNDICE 2:

Ficha epidemiológica de aprofundamento

IDENTIFICAÇÃO (INICIAIS): _____ IDADE: _____ SEXO: M () F ()

ESCOLARIDADE:

- ANALFABETO () ;
- ALFABETIZADO () ;
- ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO () ; INCOMPLETO ()
- ENSINO MÉDIO COMPLETO () ; INCOMPLETO ()
- ENSINO SUPERIOR COMPLETO () ; INCOMPLETO ()
- PÓS-GRADUAÇÃO () ;
- DESCONHECIDA ()

RENDA FAMILIAR: SEM RENDA () ; MENOS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO () ; 1 SALÁRIO MÍNIMO () ; DE 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS () ; 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS () ; MAIS DE 5 SALÁRIOS MÍNIMOS ()

COR: BRANCO () ; INDÍGENA () ; PARDO () ; NEGRO () ; AMARELO ()

RELIGIÃO: _____ MUNICÍPIO: _____

CLASSIFICAÇÃO: MAIOR () MÉDIA () MENOR ()

PROFISSÃO:

- FUNCIONÁRIO PÚBLICO () ;
- FUNCIONÁRIO DE PESSOA FÍSICA ()
- FUNCIONÁRIO DE EMPRESA PRIVADA () ;
- AUTÔNOMO () ;
- VOLUNTÁRIO () ;
- ESTUDANTE () ;
- DONA DE CASA () ;
- APOSENTADO () ;
- PENSIONISTA () ;
- DESEMPREGADO () ;
- DESCONHECIDO ()

ESTADO CIVIL: _____

FOI ATENDIDO ANTERIORMENTE? NÃO () SIM ()

SE SIM, ONDE? _____

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO: NÃO () SIM ()

SE SIM, QUAL? _____

TENTATIVAS DE SUICÍDIOS ANTERIORMENTE? NÃO () SIM ()

SE SIM, QUANTAS? _____

SE SIM, COMO? _____

MOTIVOS SUPOSTOS: NÃO () SIM ()

SE SIM, QUAIS? _____

CASOS FAMILIARES: NÃO () SIM ()

SE SIM, QUANTOS? _____

SE SIM, GRAU DE PARENTESCO? _____

CASOS ENTRE AMIGOS: _____

MODO DA OCORRÊNCIA: _____

OUTRAS OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: _____

APÊNDICE 3:

Dados dos dezoito casos de suicídios, todos do sexo masculino, nos três municípios estudados.

QUADRO DAS OCORRÊNCIAS												
	MUNICÍPIO	ANO	SEXO	CID	INSTRUMENTO	IDADE	ACOMP. SM	ACOMP. PSF	ESTADO CIVIL	SDNC	SDC	INFORMAÇÃO
1	Marco	2000	M	X659	Álcool	25	NÃO	NÃO	SOLTEIRO	F10		SESA
2	Marco	2004	M	X700	Enforcamento	20	SIM	NÃO	SOLTEIRO		F19; F31	CAPS
3	Umari	2001	M	X709	Enforcamento	58	NÃO	NÃO	CASADO	F10		SESA
4	Umari	2002	M	X699	SQ NI	64	NÃO	NÃO	VIÚVO	F43		SESA
5	Umari	2005	M	X700	Enforcamento	36	NÃO	NÃO	SEPARADO	F10; F33		SESA
6	Umari	2005	M	X700	Enforcamento	53	NÃO	SIM	SEPARADO	F10		SESA
7	Umari	2006	M	X700	Enforcamento	37	SIM (PB)	NÃO	CASADO	F33		SESA
8	Umari	2006	M	X700	Enforcamento	38	NÃO	NÃO	SOLTEIRO	CS		SESA
9	Umari	2006	M	X690	SQ NI	47	NÃO	NÃO	UNIÃO ESTÁVEL	F10		SESA
10	Umari	2006	M	X700	Enforcamento	44	NÃO	NÃO	CASADO	F10		SESA
11	Umari	2006	M	X700	Enforcamento	31	NÃO	NÃO	SEPARADO	F10		SESA
12	Umari	2006	M	X709	Enforcamento	21	NÃO	NÃO	SOLTEIRO	F10		HMU
13	Umari	2007	M	X680	Pesticida	58	NÃO	NÃO	SEPARADO	F10		SESA
14	Umari	2007	M	X749	A. fogo	58	NÃO	SIM	CASADO	F43		SESA
15	São Luis do Curu	2002	M	X699	SQ NI	52	NÃO	NÃO	CASADO	F10		SESA
16	São Luis do Curu	2003	M	X699	SQ NI	48	NÃO	SIM	CASADO	F10		SESA
17	São Luis do Curu	2005	M	X690	SQ NI	29	NÃO	NÃO	SOLTEIRO	F33		SESA
18	São Luis do Curu	2006	M	R99	Não especificado	31	NÃO	NÃO	UNIÃO ESTÁVEL	CS		SESA
19	São Luis do Curu	2006	M	X780	Obj. Cortante e penetrante	16	NÃO	NÃO	SOLTEIRO	CS		SESA

Fonte: MS\Datusus\SIM e entrevistas complementares na pesquisa de campo nos municípios.

Legenda: ACOMP.SM – acompanhamento em saúde mental;

ACOMP. PSF – acompanhamento em PSF;

SDNC – suspeita diagnóstica não confirmado;

SDC – suspeita diagnóstico confirmado.

APÊNDICE 4:

Termo de consentimento livre e esclarecido

A instituição está sendo convidada a participar de uma pesquisa sobre O SUICÍDIO NO ESTADO DO CEARÁ: ESTUDO DE EPIDEMIOLOGIA ECOLÓGICA. O objetivo da pesquisa é Compreender o suicídio, no Estado do Ceará, Brasil, na perspectiva da dimensão coletiva, como indicador de sofrimento psíquico na contemporaneidade; assim como identificar o comportamento da ocorrência de suicídio no Ceará, entre 1998 e 2007, e realizar aprofundamento clínico-ecológico do suicídio, nos serviços de saúde mental públicos, situados em três municípios do Estado do Ceará, paradigmáticos no que se refere à taxa de suicídio na população: alta, mediana e baixa.

Procedimentos utilizados: serão empregados os instrumentos questionário para a SESA, ficha epidemiológica, diário de campo nas instituições que servirão de campo para a pesquisa e grupo focal nos três municípios paradigmáticos. Para a aplicação destes instrumentos, será mantido contato com as instituições para autorização, a cada momento. Também será realizada coleta de dados durante o desenvolvimento da pesquisa junto aos representantes da instituição. Quanto às questões éticas, observa-se o respeito à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, referente à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), mediante a aprovação do local onde a investigação é realizada. O projeto só foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará.

Riscos esperados: a pesquisa não oferece riscos, pois o acesso às informações será apenas por meio de revisão dos dados da SESA e, quando possível, da revisão de prontuários dos serviços de saúde dos municípios pesquisados. Quanto ao sigilo e confidencialidade das informações e identificações, serão observados rigorosamente. As informações coletadas no decorrer do estudo somente serão utilizadas para os propósitos da pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. No caso de

qualquer dúvida, entrar em contato com Marluce Alves de Oliveira, pelo fone:
(85) 9995-5475.

Declaro que fui informado sobre o assunto descrito e que tive respostas para as minhas dúvidas. Desta forma, concordo em participar deste projeto de pesquisa.

Nome do representante da instituição:

Assinatura:

Nome do pesquisador:

Assinatura:

Data: _____/_____/_____

APÊNDICE 5:

Convite

De: Marluce Alves de Oliveira

Para: Secretaria Municipal de Saúde de Marco – CE

C/C: CAPS de Marco

Vimos, através deste informar que estamos desenvolvendo a pesquisa “O SUICÍDIO NO ESTADO DO CEARÁ: ESTUDO DE EPIDEMIOLOGIA ECOLÓGICA”, como parte do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará.

Esta pesquisa avaliou o suicídio nos 184 municípios do Estado do Ceará, durante o período de janeiro de 1998 a dezembro de 2007. Foi investigado o *ranking* das taxas de suicídio neste período e o município de Marco ocupou a posição de menor taxa, apresentando um número absoluto de uma ocorrência de suicídio em dez anos.

Para aprofundar a avaliação no desenvolvimento desta pesquisa, pretende-se realizar um grupo focal com todos os trabalhadores que constituem a rede de saúde deste município (profissionais do CAPS e do PSF/ESF).

Diante do exposto, solicitamos um encontro no dia 16 de agosto de 2010 (segunda-feira), a ser realizado às 9 horas, com todos esses profissionais ao mesmo tempo, e também solicitamos a liberação de um espaço para a operacionalização deste grupo focal.

Contamos com o comprometimento dessa Secretaria e dos trabalhadores de saúde deste município para discussão de um tema tão relevante, como é o suicídio no século XXI.

Em anexo, segue o parecer do Comitê de Ética da UECE, aprovando a realização desta pesquisa.

Sem mais para o momento, agradecemos antecipadamente a colaboração que esperamos encontrar dos trabalhadores de Saúde e da Secretaria de Saúde de Marco.

Atenciosamente,

Marluce Alves de Oliveira, médica / mestranda de Saúde Pública da UECE.

Fortaleza, 02 de agosto de 2010.

APÊNDICE 6:

Grupo focal, lista de presença

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____

ANEXOS

ANEXO 1:

Óbitos por causas específicas, Ceará, 1996 a 2008.

Causa (CID10 3C)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Demais causas	18.257	19.687	18.896	19.854	22.739	23.741	23.553	21.512	18.269	17.945
Doenças cerebrovasculares (I60-I69)	2.618	2.989	2.988	3.254	3.250	3.384	3.480	3.571	4.233	4.293
Doença isquêmica do coração (I20-I25)	1.567	1.688	1.775	1.961	2.079	2.172	2.317	2.308	3.242	3.276
Outras formas de doença do coração (I30-I52)	1.682	1.695	1.600	1.589	1.705	1.640	1.639	1.579	2.260	2.014
Doença hipertensiva (I10-I15)	564	846	936	1.051	916	1.052	1.252	1.311	1.901	1.994
Homicídio (X85-Y09)	946	1.104	1.232	1.284	1.444	1.562	1.582	1.697	1.792	1.932
Diabetes Mellitus (E10-E14)	886	1.013	1.167	1.347	1.238	1.272	1.197	1.310	1.631	1.634
Pneumonia (J12-J18)	896	1.064	885	763	856	1.038	1.005	1.128	1.615	1.521
Acidente de trânsito (V01-V89)	1.053	1.127	1.232	1.344	1.501	1.543	1.630	1.724	1.675	1.676
Outras doenças bacterianas (A30-A49)	725	663	607	672	709	764	860	790	835	718
Neopl malignos dos brônquios e dos pulmões (C34)	311	355	354	397	433	477	476	581	590	686
DPOC (J44)	250	304	305	367	380	465	478	502	596	639
Neopl maligno do estômago (C16)	403	435	504	533	498	545	488	565	682	707
Neopl maligno da próstata (C61)	272	317	306	353	341	365	370	402	520	521
Suicídio (X60-X84)	265	304	269	376	461	419	459	537	493	525
Doenças infecciosas intestinais (A00-A09)	1.067	1.160	585	581	622	533	392	350	459	345
Total todas as causas	31.762	34.751	33.641	35.726	39.172	40.972	41.178	39.867	40.793	40.426
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM										

Fonte: SIM

ANEXO 2

Taxa de mortalidade por acidente de trânsito e homicídio, Ceará e Brasil, 1998 a 2007.

Ano	Acidente de trânsito				Homicídio				População	
	Ceará		Brasil		Ceará		Brasil		Ceará	Brasil
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa		
1998	1053	15,0	30890	19,1	946	13,5	41950	25,9	7013382	161790182
1999	1127	15,9	29569	18,0	1104	15,5	42914	26,2	7106612	163947436
2000	1232	16,6	28995	17,1	1232	16,6	45360	26,7	7430661	169799170
2001	1344	17,8	30524	17,7	1284	17,0	47943	27,8	7547684	172385776
2002	1501	19,6	32753	18,8	1444	18,9	49695	28,5	7654540	174632932
2003	1543	19,9	33139	18,7	1562	20,1	51043	28,9	7758437	176876251
2004	1630	20,7	35105	19,6	1582	20,1	48374	27,0	7862067	179108134
2005	1724	21,3	35994	19,5	1697	21,0	47578	25,8	8097290	184184074
2006	1675	20,4	36367	19,5	1792	21,8	49145	26,3	8217140	186770613
2007	1676	20,1	37407	19,8	1932	23,2	47707	25,2	8335849	189335191

Fonte: SIM e Datasus.

ANEXO 3:

Número de suicídio por ano e por município no período de 1998 a 2007

Óbitos por Causas Externas - Ceará
 Óbitos p/Residência por Município e Ano do Óbito
 Grande Grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente
 Período:1998-2007

Município	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007											
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa										
230010 Abaiara	0	7,303	0,0	0	7,219	0,00	0	8,385	0,0	0	8,488	0,0	1	8,535	11,7	1	8,595	11,6	2	8,697	23,0	1	8,752	11,4	0	8,810	0,0			
230015 Acarape	0	11,247	0,0	3	11,381	26,36	0	12,927	0,00	0	13,502	22,2	1	13,769	7,3	0	14,036	0,0	0	14,641	0,0	0	14,947	0,0	0	15,250	0,0			
230020 Acaraú	0	45,269	0,0	1	45,236	2,21	0	48,968	0,00	1	49,696	0,0	1	50,036	2,0	4	50,373	7,9	3	51,139	5,9	3	51,527	5,8	6	51,915	11,6			
230030 Acopiara	7	46,792	##	3	46,494	6,45	5	47,137	10,61	3	46,838	6,4	3	46,692	6,4	1	46,484	2,2	0	46,277	0,0	7	45,810	15,3	5	45,568	11,0	0	45,334	0,0
230040 Aiuaba	0	14,120	0,0	0	14,284	0,00	0	14,452	0,00	1	14,581	6,9	1	14,710	6,8	1	14,834	6,7	1	14,954	6,7	0	15,221	0,0	2	15,364	13,0	1	15,496	6,5
230050 Alcântaras	0	9,405	0,0	0	9,516	0,00	0	9,548	0,00	0	9,666	20,7	2	9,746	20,5	0	9,838	0,0	0	9,929	0,0	0	10,137	0,0	3	10,244	29,3	2	10,348	19,3
230060 Alcaneara	0	5,766	0,0	1	5,921	16,89	0	5,687	0,00	0	5,789	0,0	0	5,873	0,0	0	5,956	0,0	0	6,043	0,0	3	6,239	48,1	1	6,338	15,8	0	6,429	0,0
230070 Alto Santo	1	13,236	7,6	0	13,143	0,00	1	15,394	6,50	0	15,611	0,0	0	15,771	0,0	0	15,945	0,0	0	16,118	0,0	1	16,513	6,1	3	16,712	18,0	1	16,919	5,9
230075 Amontada	0	29,922	0,0	0	30,754	0,00	1	32,333	3,09	2	33,234	6,0	1	33,843	3,0	1	34,540	2,9	0	35,244	0,0	0	36,827	0,0	1	37,632	2,7	1	38,436	2,6
230080 Antonina do Norte	0	6,133	0,0	0	6,298	0,00	0	6,509	0,00	1	6,666	15,0	1	6,810	14,7	0	6,948	0,0	1	7,088	14,1	0	7,402	0,0	0	7,562	0,0	0	7,720	0,0
230090 Apuiarés	0	11,800	0,0	2	12,065	16,58	0	12,540	0,00	0	12,911	0,0	1	13,178	7,6	0	13,471	0,0	2	13,767	14,5	0	14,434	0,0	0	14,777	0,0	4	15,114	26,5
230100 Aquiares	0	55,077	0,0	1	56,367	1,77	1	60,469	1,65	2	62,327	3,2	6	63,448	9,5	2	64,834	3,1	7	66,212	10,6	2	69,945	2,9	2	70,938	2,8	3	72,623	4,1
230110 Aracati	3	60,023	5,0	4	61,428	6,51	2	61,187	3,27	3	62,384	4,8	5	63,319	7,9	3	64,309	4,7	0	65,292	0,0	5	67,536	7,4	7	68,674	10,2	8	69,805	11,5
230120 Aracoliaba	0	24,457	0,0	0	24,750	0,00	0	24,064	0,00	0	24,234	0,0	0	24,387	0,0	0	24,544	0,0	1	24,692	4,0	0	25,039	0,0	1	25,215	4,0	2	25,388	7,9
230125 Ararendá	1	10,847	9,2	0	11,137	0,00	1	10,008	9,99	2	10,092	19,8	2	10,154	19,7	0	10,221	0,0	2	10,287	19,4	0	10,438	0,0	1	10,515	9,5	0	10,588	0,0
230130 Araripe	0	17,733	0,0	1	17,799	5,62	0	19,606	0,00	1	19,843	5,0	0	20,069	0,0	0	20,283	0,0	1	20,496	4,9	2	20,986	9,5	0	21,230	0,0	0	21,478	0,0
230140 Aratuba	0	12,111	0,0	0	12,386	0,00	0	12,359	0,00	1	12,576	8,0	2	12,734	15,7	0	13,928	0,0	3	14,101	21,3	0	13,475	0,0	3	13,675	21,9	0	13,874	0,0
230150 Arneiroz	0	6,951	0,0	0	6,870	0,00	0	7,538	0,00	0	7,557	0,0	0	7,574	0,0	1	7,583	13,2	0	7,598	0,0	1	7,632	13,1	1	7,649	13,1	1	7,663	13,0
230160 Assaré	3	18,646	16,1	0	18,459	0,00	1	20,882	4,79	0	21,136	0,0	3	21,149	14,2	0	21,271	0,0	1	21,398	4,7	1	21,680	4,6	0	21,822	0,0	1	21,962	4,6
230170 Aurora	0	24,720	0,0	2	24,813	8,06	0	25,207	0,00	3	25,557	11,7	3	25,357	11,8	0	25,430	0,0	2	25,499	7,8	2	25,655	7,8	0	25,735	0,0	3	25,813	11,6
230180 Baião	0	6,388	0,0	2	6,558	30,50	0	5,724	0,00	0	5,764	0,0	1	5,786	17,3	1	5,819	17,2	0	5,853	0,0	0	5,918	0,0	0	5,958	0,0	0	5,989	0,0
230185 Banabuiú	0	15,505	0,0	0	15,687	0,00	2	16,173	12,37	0	16,402	0,0	1	16,555	6,0	0	16,731	0,0	3	16,909	17,7	1	17,307	5,8	0	17,510	0,0	0	17,712	0,0
230190 Barbalha	1	45,608	2,2	0	46,679	0,00	1	47,031	2,13	2	48,054	4,2	5	48,841	10,2	0	49,681	0,0	3	50,520	5,9	2	52,421	3,8	2	53,387	3,7	0	54,346	0,0
230195 Barreira	0	17,822	0,0	1	18,218	5,49	1	17,024	5,87	1	17,256	5,8	1	17,503	5,7	0	17,722	0,0	1	17,942	5,6	0	18,444	0,0	1	18,698	5,3	2	18,956	10,6
230200 Barro	1	19,673	5,1	0	19,748	0,00	1	20,007	5,00	1	20,098	5,0	1	20,138	5,0	0	20,200	0,0	1	20,261	4,9	0	20,402	0,0	1	20,474	4,9	1	20,549	4,9

230205 Barroquinha	0	13.089	0,0	0	13.129	0,00	0	13.921	0,00	0	14.016	0,0	0	14.126	0,0	0	14.225	0,0	0	14.323	0,0	0	14.544	0,0	0	14.652	0,0	1	14.765	6,8
230210 Baturité	3	30.254	9,9	1	30.616	3,27	1	29.861	3,35	1	30.139	3,3	0	30.432	0,0	2	30.567	6,5	2	30.836	6,5	0	31.431	0,0	3	31.737	9,5	2	32.034	6,2
230220 Beberibe	1	38.554	2,6	1	38.744	2,58	6	42.343	14,17	5	43.036	11,6	3	43.509	6,9	2	44.049	4,5	3	44.590	6,7	4	45.816	8,7	1	46.442	2,2	2	47.057	4,3
230230 Bela Cruz	0	28.560	0,0	0	28.902	0,00	0	28.368	0,00	0	28.665	0,0	0	28.862	0,0	2	29.093	6,9	2	29.330	6,8	3	29.856	10,0	2	30.128	6,6	0	30.393	0,0
230240 Boa Viagem	0	47.671	0,0	3	47.637	6,30	2	50.306	3,98	3	50.579	5,9	4	50.808	7,9	3	51.041	5,9	2	51.277	3,9	4	51.802	7,7	8	52.072	15,4	6	52.338	11,5
230250 Brejo Santo	0	35.215	0,0	1	35.391	2,83	1	38.484	2,60	3	38.976	7,7	3	39.463	7,6	1	39.952	2,5	2	40.416	4,9	4	41.467	9,6	1	42.004	2,4	2	42.533	4,7
230260 Camocim	0	52.091	0,0	1	52.354	1,91	1	55.448	1,80	3	56.021	5,4	6	56.378	10,6	2	56.805	3,5	3	57.238	5,2	5	58.214	8,6	2	58.711	3,4	4	59.203	6,8
230270 Campos Sales	2	24.159	8,3	1	24.247	4,12	1	25.566	3,91	0	25.776	0,0	1	26.045	3,8	0	26.270	0,0	2	26.494	7,5	2	26.999	7,4	0	27.254	0,0	1	27.512	3,6
230280 Canindé	5	67.455	7,4	2	67.944	2,94	2	69.601	2,87	8	70.531	11,3	6	71.235	8,4	3	71.993	4,2	3	72.752	4,1	3	74.470	4,0	4	75.348	5,3	7	76.212	9,2
230290 Capistrano	0	15.468	0,0	0	15.461	0,00	0	15.830	0,00	2	15.865	12,6	0	15.884	0,0	1	15.216	6,6	1	15.247	6,6	0	16.339	0,0	1	16.373	6,1	0	16.411	0,0
230300 Caridade	0	14.502	0,0	0	14.831	0,00	0	15.604	0,00	0	15.983	0,0	1	16.271	6,1	0	16.578	0,0	0	16.889	0,0	2	17.588	11,4	1	17.947	5,6	1	18.305	5,5
230310 Carné	4	18.373	##	0	18.438	0,00	0	18.617	0,00	1	18.754	5,3	3	18.798	16,0	0	18.884	0,0	0	18.969	0,0	1	19.162	5,2	0	19.259	0,0	1	19.353	5,2
230320 Carriaguá	0	24.902	0,0	1	25.597	3,91	1	25.733	3,89	1	26.274	3,8	1	26.661	3,8	2	27.095	7,4	2	27.523	7,3	3	28.496	10,5	2	28.996	6,9	1	29.486	3,4
230330 Carriús	2	17.105	11,7	1	16.931	5,91	1	18.444	5,42	2	18.557	10,8	1	18.628	5,4	3	18.712	16,0	0	18.800	0,0	3	18.992	15,8	0	19.089	0,0	5	19.184	26,1
230340 Carnaubal	0	15.178	0,0	3	15.360	19,53	1	15.230	6,57	1	15.437	6,5	1	15.569	6,4	0	15.722	0,0	2	15.881	12,6	4	16.234	24,6	3	16.418	18,3	0	16.593	0,0
230350 Cascavel	1	51.265	2,0	0	51.825	0,00	0	57.129	0,00	0	58.270	0,0	2	59.156	3,4	1	60.101	1,7	2	61.041	3,3	3	63.169	4,7	4	64.257	6,2	1	65.328	1,5
230360 Catarina	0	12.835	0,0	0	12.983	0,00	1	15.547	6,43	1	15.992	6,3	1	16.311	6,1	1	16.660	6,0	0	17.013	0,0	2	17.809	11,2	2	18.218	11,0	0	18.625	0,0
230365 Catunda	2	9.077	##	0	9.124	0,00	0	9.286	0,00	2	9.339	21,4	0	9.373	0,0	1	9.414	10,6	0	9.453	0,0	1	9.548	10,5	0	9.593	0,0	0	9.641	0,0
230370 Caucaia	6	289.386	2,6	6	298.795	2,51	2	250.479	0,60	8	260.700	3,1	14	268.442	5,2	6	276.780	2,2	15	285.094	5,3	18	303.970	5,9	8	313.585	2,6	16	323.115	5,0
230380 Cedro	0	23.490	0,0	2	23.575	8,48	2	24.062	8,31	0	24.206	0,0	1	24.300	4,1	1	24.413	4,1	1	24.521	4,1	2	24.773	8,1	6	24.901	24,1	0	25.025	0,0
230390 Chaval	1	11.569	8,6	0	11.705	0,00	0	12.163	0,00	3	12.344	24,3	1	12.501	8,0	0	12.660	0,0	0	12.815	0,0	1	13.165	7,6	0	13.345	0,0	0	13.526	0,0
230393 Choró	0	11.743	0,0	0	11.883	0,00	1	12.001	8,33	2	12.145	16,5	0	12.259	0,0	2	12.380	16,2	0	12.500	0,0	0	12.770	0,0	0	12.910	0,0	0	13.041	0,0
230395 Chorozinho	0	16.137	0,0	1	16.184	6,18	0	18.707	0,00	0	19.104	0,0	1	19.385	5,2	0	19.698	0,0	0	20.009	0,0	0	20.717	0,0	1	21.083	4,7	0	21.438	0,0
230400 Coreaú	0	19.520	0,0	0	19.757	0,00	1	19.981	5,00	0	20.267	0,0	2	20.490	9,8	2	20.728	9,6	0	20.961	0,0	1	21.495	4,7	0	21.768	0,0	2	22.033	9,1
230410 Crateús	2	64.343	3,1	6	63.935	9,38	5	70.898	7,05	2	71.327	2,8	6	71.790	8,4	5	72.209	6,9	7	72.618	9,6	3	73.556	4,1	4	74.039	5,4	4	74.506	5,4
230420 Crato	4	97.897	4,1	7	98.964	7,07	5	104.646	4,78	7	106.076	6,6	5	107.618	4,6	3	108.999	2,8	5	110.378	4,5	10	113.495	8,8	8	115.085	7,0	13	116.661	11,1
230423 Croatá	0	16.229	0,0	0	16.418	0,00	0	16.064	0,00	0	16.216	0,0	1	16.312	6,1	0	16.428	0,0	0	16.543	0,0	1	16.804	6,0	0	16.936	0,0	2	17.068	11,7
230425 Cruz	1	18.849	5,3	0	19.378	0,00	1	19.779	5,06	0	20.451	0,0	1	20.966	4,8	2	21.499	9,3	0	22.044	0,0	1	23.281	4,3	2	23.909	8,4	0	24.533	0,0
230426 Deputado Irapuan Pinheiro	0	7.739	0,0	3	7.642	39,26	2	8.385	23,85	1	8.433	11,9	0	8.469	0,0	0	8.506	0,0	2	8.540	##	1	8.628	11,6	1	8.668	11,5	1	8.712	11,5
230427 Ereré	0	5.979	0,0	0	5.909	0,00	0	6.302	0,00	0	6.288	0,0	0	6.268	0,0	0	6.259	0,0	1	6.248	16,0	0	6.216	0,0	0	6.203	0,0	2	6.185	32,3
230428 Eusébio	0	28.950	0,0	1	29.759	3,36	0	31.500	0,00	1	32.867	3,0	0	33.832	0,0	4	34.913	11,5	4	35.995	11,1	3	38.451	7,8	2	39.696	5,0	0	40.935	0,0
230430 Farias Brito	1	20.698	4,8	1	21.272	4,70	1	20.315	4,92	2	20.655	9,7	2	20.881	9,6	4	21.144	18,9	1	21.405	4,7	0	21.999	0,0	1	22.302	4,5	3	22.606	19,3

230435	Forquilha	2	17.440	11,5	0	17.833	0,00	0	17.488	0,00	0	17.776	0,0	1	17.960	5,6	0	18.177	0,0	1	18.397	5,4	2	18.892	10,6	0	19.146	0,0	1	19.396	5,2
230440	Fortaleza	71	2.055.362	3,5	92	2.091.751	4,39	73	2.141.402	3,41	90	2.183.609	4,1	141	2.219.836	6,4	124	2.256.235	5,5	126	2.292.539	5,5	160	2.374.944	6,7	134	2.416.319	5,5	148	2.456.545	6,0
230445	Fortim	0	11.658	0,0	0	11.966	0,00	0	12.066	0,00	0	12.384	0,0	1	12.583	7,9	1	12.815	7,8	0	13.050	0,0	0	13.592	0,0	0	13.866	0,0	0	14.139	0,0
230450	Frecheirinha	0	11.543	0,0	1	11.856	8,43	1	11.832	8,45	0	12.067	0,0	1	12.283	8,1	0	12.487	0,0	2	12.692	15,8	2	13.165	15,2	3	13.408	22,4	1	13.646	7,3
230460	General Sampaio	0	4.720	0,0	0	4.664	0,00	0	4.866	0,00	0	4.780	0,0	0	4.716	0,0	1	4.853	21,5	0	4.582	0,0	1	4.426	22,6	0	4.349	0,0	0	4.270	0,0
230465	Graça	0	14.463	0,0	0	14.505	0,00	0	14.813	0,00	0	14.844	0,0	0	14.906	0,0	0	14.951	0,0	3	14.993	##	0	15.095	0,0	1	15.143	6,6	2	15.190	13,2
230470	Granja	1	46.178	2,2	0	45.671	0,00	1	48.484	2,06	0	49.324	0,0	1	49.954	2,0	2	50.634	3,9	3	51.315	5,8	0	52.858	0,0	2	53.644	3,7	2	54.424	3,7
230480	Granjeiro	0	4.932	0,0	0	4.955	0,00	0	5.295	0,00	1	5.370	18,6	0	5.414	0,0	0	5.464	0,0	1	5.519	18,1	0	5.642	0,0	0	5.699	0,0	0	5.767	0,0
230490	Groaíras	0	8.445	0,0	0	8.488	0,00	5	8.741	57,20	1	8.820	11,3	1	8.879	11,3	0	8.944	0,0	0	9.007	0,0	4	9.154	43,7	1	9.231	10,8	1	9.303	10,7
230495	Guaíba	0	16.697	0,0	0	16.525	0,00	1	19.884	5,03	0	20.170	0,0	3	20.371	14,7	0	20.598	0,0	1	20.825	4,8	2	21.339	9,4	0	21.602	0,0	1	21.858	4,6
230500	Guaraciaba do Norte	1	32.779	3,1	0	33.134	0,00	1	35.037	2,85	6	35.537	16,9	3	36.030	8,3	1	36.494	2,7	1	36.953	2,7	1	38.000	2,6	3	38.531	7,8	3	39.054	7,7
230510	Guaramiranga	0	5.637	0,0	0	5.706	0,00	0	5.714	0,00	1	5.759	17,4	1	5.803	17,2	0	5.846	0,0	1	5.884	17,0	0	5.979	0,0	0	6.027	0,0	0	6.071	0,0
230520	Hidrolândia	0	16.658	0,0	0	16.546	0,00	1	17.687	5,65	0	17.646	0,0	0	17.642	0,0	0	17.619	0,0	1	17.600	5,7	1	17.555	5,7	0	17.529	0,0	2	17.509	11,4
230523	Horizonte	1	27.008	3,7	2	27.761	7,20	0	33.790	0,00	3	35.695	8,4	2	37.054	5,4	4	38.567	10,4	2	40.078	5,0	2	43.507	4,6	3	45.251	6,6	4	46.981	8,5
230526	Ibaretama	0	10.588	0,0	0	10.462	0,00	0	12.561	0,00	0	12.812	0,0	0	12.834	0,0	0	12.965	0,0	0	13.090	0,0	0	13.383	0,0	1	13.528	7,4	2	13.674	14,6
230530	Ibiapina	3	21.463	##	0	21.719	0,00	1	22.157	4,51	2	22.407	8,9	0	22.605	0,0	0	22.815	0,0	1	23.020	4,3	0	23.488	0,0	2	23.727	8,4	6	23.967	25,0
230533	Ibicuitinga	1	8.972	11,1	0	9.022	0,00	2	9.435	21,20	3	9.529	31,5	1	9.611	10,4	1	9.692	10,3	1	9.769	10,2	1	9.958	10,0	3	10.053	29,8	0	10.147	0,0
230535	Icapuí	0	16.464	0,0	0	16.835	0,00	0	16.052	0,00	0	16.343	0,0	1	16.556	6,0	0	16.790	0,0	1	17.022	5,9	0	17.552	0,0	0	17.821	0,0	1	18.084	5,5
230540	Itó	2	57.527	3,5	5	57.159	8,75	2	62.521	3,20	5	62.744	8,0	7	62.954	11,1	12	63.166	19,0	7	63.355	11,0	6	63.808	9,4	8	64.040	12,5	4	64.267	6,2
230550	Iguatu	13	79.069	##	8	79.460	10,07	6	85.615	7,01	9	86.978	10,3	5	87.712	5,7	4	88.686	4,5	6	89.654	6,7	10	91.861	10,9	4	92.983	4,3	8	94.099	8,5
230560	Independência	2	22.945	8,7	3	22.712	13,21	2	25.262	7,92	2	25.399	7,9	3	25.520	11,8	1	25.638	3,9	1	25.762	3,9	6	26.032	23,0	0	26.171	0,0	3	26.310	11,4
230565	Iporanga	0	11.129	0,0	1	11.183	8,94	0	11.247	0,00	1	11.297	8,9	1	11.331	8,8	0	11.372	0,0	0	11.413	0,0	1	11.498	8,7	1	11.542	8,7	1	11.583	8,6
230570	Ipaumirim	0	10.658	0,0	0	10.535	0,00	0	11.539	0,00	4	11.545	34,6	2	11.589	17,3	2	11.621	17,2	2	11.643	17,2	0	11.699	0,0	2	11.726	17,1	2	11.758	17,0
230580	Ipu	3	34.810	8,6	1	34.593	2,89	0	39.078	0,00	2	39.442	5,1	6	39.789	15,1	4	40.123	10,0	4	40.456	9,9	1	41.202	2,4	1	41.583	2,4	3	41.266	7,3
230590	Ipeiras	1	36.093	2,8	3	36.271	8,27	1	38.219	2,62	4	38.586	10,4	4	38.876	10,3	6	39.179	15,3	3	39.487	7,6	2	40.173	5,0	2	40.524	4,9	1	40.872	2,4
230600	Itacema	1	13.294	7,5	2	13.197	15,15	3	13.155	22,81	1	13.036	7,7	1	12.977	7,7	3	12.891	23,3	1	12.805	7,8	3	12.617	23,8	0	12.518	0,0	5	12.419	40,3
230610	Itauguba	2	16.738	11,9	0	16.623	0,00	0	19.560	0,00	1	19.860	5,0	1	20.066	5,0	0	20.301	0,0	3	20.534	14,6	0	21.064	0,0	0	21.338	0,0	1	21.606	4,6
230620	Itaipicaba	0	6.663	0,0	0	6.838	0,00	0	6.579	0,00	0	6.684	0,0	0	6.767	0,0	0	6.853	0,0	0	6.938	0,0	0	7.133	0,0	0	7.230	0,0	1	7.329	13,6
230625	Italinga	0	27.551	0,0	1	28.313	3,53	0	29.217	0,00	2	30.003	6,7	2	30.563	6,5	0	31.184	0,0	3	31.808	9,4	6	33.224	18,1	1	33.945	2,9	0	34.651	0,0
230630	Itapagé	2	39.641	5,0	0	40.570	0,00	0	41.093	0,00	2	41.948	4,8	1	42.662	2,3	2	43.386	4,6	2	44.109	4,5	4	45.757	8,7	5	46.598	10,7	2	47.429	4,2
230640	Itapipoca	2	82.239	2,4	0	83.140	0,00	2	94.369	2,12	5	96.436	5,2	3	97.969	3,1	4	99.639	4,0	2	101.304	2,0	4	105.085	3,8	4	107.013	3,7	9	108.923	8,3
230650	Itaipúna	0	14.861	0,0	1	15.196	6,58	0	16.276	0,00	0	16.667	0,0	2	16.996	11,8	2	17.139	11,7	0	17.460	0,0	0	18.212	0,0	0	18.595	0,0	0	18.965	0,0

230655 Itarema	0	26.004	0,0	1	26.094	3,83	0	30.347	0,00	1	30.953	3,2	0	31.358	0,0	1	31.825	3,1	1	32.293	3,1	0	33.354	0,0	1	33.893	3,0	4	34.435	11,6
230660 Itaitira	1	14.808	6,8	0	14.980	0,00	0	15.541	0,00	0	15.735	0,0	2	15.896	12,6	1	16.064	6,2	1	16.227	6,2	0	16.598	0,0	2	16.792	11,9	1	16.975	5,9
230670 Jaguaratama	0	16.940	0,0	2	16.768	11,93	3	18.024	16,64	3	18.101	16,6	2	18.115	11,0	1	18.160	5,5	2	18.202	11,0	1	18.302	5,5	1	18.355	5,4	2	18.404	10,9
230680 Jaguaribara	2	8.011	##	1	8.053	12,42	0	8.730	0,00	0	8.851	0,0	0	8.941	0,0	0	9.044	0,0	2	9.141	21,9	0	9.363	0,0	0	9.478	0,0	0	9.591	0,0
230690 Jaguaribe	2	33.139	6,0	1	33.302	3,00	1	35.062	2,85	0	35.384	0,0	0	35.636	0,0	3	35.859	8,4	0	36.123	0,0	1	36.721	2,7	1	37.032	2,7	2	37.334	5,4
230700 Jaguaruana	0	30.185	0,0	0	31.029	0,00	1	29.735	3,36	2	30.203	6,6	1	30.538	3,3	2	30.911	6,5	3	31.285	9,6	1	32.126	3,1	2	32.557	6,1	2	32.983	6,1
230710 Jardim	2	25.673	7,8	0	25.981	0,00	3	26.414	11,36	1	26.770	3,7	0	26.931	0,0	0	27.168	0,0	0	27.409	0,0	2	27.947	7,2	0	28.223	0,0	4	28.495	14,0
230720 Jati	1	6.587	##	1	6.508	15,37	0	7.265	0,00	0	7.313	0,0	1	7.350	13,6	0	7.389	0,0	0	7.430	0,0	1	7.519	13,3	0	7.562	0,0	0	7.608	0,0
230725 Jiloca de Jericoacoara	0	10.348	0,0	0	10.622	0,00	0	12.089	0,00	0	12.843	0,0	0	13.389	0,0	0	13.992	0,0	1	14.597	6,9	0	15.961	0,0	0	16.660	0,0	0	17.348	0,0
230730 Juazeiro do Norte	15	196.711	7,6	11	199.635	5,51	12	212.133	5,66	14	216.561	6,5	11	220.249	5,0	11	224.013	4,9	19	227.774	8,3	22	236.295	9,3	14	240.640	5,8	21	244.942	8,6
230740 Juás	0	20.279	0,0	5	20.070	24,91	0	22.632	0,00	5	22.800	21,9	1	22.956	4,4	2	23.104	8,7	0	23.252	0,0	3	23.592	12,7	1	23.763	4,2	0	23.937	0,0
230750 Lavras da Mangabeira	3	31.277	9,6	1	31.427	3,18	0	31.203	0,00	1	31.151	3,2	1	31.296	3,2	2	31.342	6,4	2	31.384	6,4	0	31.483	0,0	3	31.535	9,5	3	31.590	9,5
230760 Limoeiro do Norte	3	46.207	6,5	5	46.713	10,70	1	49.620	2,02	2	50.547	4,0	1	51.289	1,9	3	52.060	5,8	3	52.833	5,7	1	54.581	1,8	1	55.474	1,8	2	56.361	3,5
230763 Madalena	2	14.658	##	1	14.987	6,67	0	14.864	0,00	0	15.119	0,0	2	15.329	13,0	3	15.545	19,3	1	15.756	6,3	1	16.247	6,2	0	16.496	0,0	0	16.737	0,0
230765 Maracanaú	0	161.405	0,0	2	162.019	1,23	1	179.732	0,56	5	176.741	2,8	14	184.481	7,6	7	186.690	3,7	16	188.882	8,5	18	193.879	9,3	17	196.422	8,7	12	198.944	6,0
230770 Maranguape	2	86.454	2,3	3	88.481	3,39	2	88.135	2,27	4	89.744	4,5	4	91.593	4,4	5	93.196	5,4	8	94.796	8,4	5	98.428	5,1	5	100.279	5,0	6	102.111	5,9
230780 Marco	0	18.070	0,0	0	17.887	0,00	1	20.427	4,90	0	20.386	0,0	0	20.363	0,0	0	20.347	0,0	0	20.316	0,0	0	20.250	0,0	0	20.223	0,0	0	20.189	0,0
230790 Martinópolis	0	7.757	0,0	0	7.966	0,00	0	8.602	0,00	0	8.872	0,0	0	9.055	0,0	0	9.268	0,0	2	9.476	21,1	0	9.955	0,0	0	10.198	0,0	0	10.435	0,0
230800 Massapé	0	26.239	0,0	0	26.550	0,00	0	29.574	0,00	0	30.240	0,0	0	30.813	0,0	3	31.387	9,6	1	31.963	3,1	1	33.261	3,0	2	33.925	5,9	2	34.579	5,8
230810 Mauriti	1	38.791	2,6	2	38.989	5,13	2	42.399	4,72	1	43.034	2,3	1	43.503	2,3	2	41.829	4,8	4	42.316	9,5	2	43.419	4,6	2	43.977	4,5	1	44.536	2,2
230820 Meruoca	3	10.896	##	0	10.942	0,00	0	11.339	0,00	0	11.453	0,0	1	11.526	8,7	1	11.613	8,6	0	11.702	0,0	0	11.897	0,0	2	11.999	16,7	0	12.098	0,0
230830 Millagres	0	24.110	0,0	0	24.102	0,00	0	26.959	0,00	0	27.324	0,0	1	27.543	3,6	3	29.999	10,0	1	30.293	3,3	1	30.965	3,2	1	31.309	3,2	1	31.643	3,2
230835 Milhã	3	12.190	##	0	12.223	0,00	1	13.028	7,68	0	13.129	0,0	2	13.240	15,1	1	13.560	7,4	3	13.658	##	1	13.880	7,2	0	13.991	0,0	2	14.105	14,2
230837 Miraíma	0	10.857	0,0	0	10.984	0,00	1	11.417	8,76	0	11.580	0,0	2	11.704	17,1	0	11.836	0,0	0	11.969	0,0	1	12.273	8,1	0	12.427	0,0	0	12.575	0,0
230840 Missão Velha	1	29.860	3,3	2	30.008	6,66	2	32.586	6,14	1	32.577	3,1	2	33.291	6,0	0	33.622	0,0	0	33.949	0,0	2	34.689	5,8	3	35.069	8,6	1	35.441	2,8
230850 Mombaça	2	38.869	5,1	3	38.623	7,77	2	41.215	4,85	2	41.249	4,8	2	41.298	4,8	1	41.334	2,4	0	41.368	0,0	1	41.451	2,4	7	41.495	16,9	3	41.540	7,2
230860 Monsenhor Tabosa	0	15.225	0,0	1	15.121	6,61	0	16.344	0,00	1	16.441	6,1	0	16.515	0,0	0	16.597	0,0	0	16.677	0,0	2	16.855	11,9	1	16.949	5,9	0	17.045	0,0
230870 Morada Nova	1	61.080	1,6	3	61.388	4,89	2	64.400	3,11	5	65.066	7,7	4	65.554	6,1	5	66.092	7,6	3	66.627	4,5	9	67.839	13,3	6	68.455	8,8	3	69.071	4,3
230880 Moradão	0	6.863	0,0	0	6.945	0,00	0	7.046	0,00	0	7.112	0,0	0	7.206	0,0	1	7.285	13,7	1	7.360	13,6	0	7.527	0,0	1	7.619	13,1	1	7.702	13,0

230890	Morrinhos	0	16.151	0,0	1	16.338	6,12	0	17.928	0,00	0	18.336	0,0	0	18.640	0,0	0	18.975	0,0	1	19.306	5,2	2	20.058	10,0	2	20.443	9,8	2	20.820	9,6
230900	Mucambo	1	12.820	7,8	0	12.971	0,00	1	13.811	7,24	0	14.030	0,0	0	14.203	0,0	1	14.385	7,0	0	14.564	0,0	4	14.975	26,7	3	15.186	19,8	1	15.396	6,5
230910	Mulungu	0	8.411	0,0	1	8.509	11,75	0	8.897	0,00	0	9.023	0,0	0	9.119	0,0	0	9.222	0,0	0	9.325	0,0	1	9.558	10,5	0	9.675	0,0	0	9.804	0,0
230920	Nova Clinda	1	11.276	8,9	1	11.267	8,88	0	12.077	0,00	0	12.166	0,0	0	12.231	0,0	3	12.301	24,4	1	12.369	8,1	1	12.531	8,0	2	12.612	15,9	0	12.689	0,0
230930	Nova Russas	1	29.656	3,4	2	29.764	6,72	2	29.347	6,82	0	29.436	0,0	0	29.520	0,0	3	29.604	10,1	3	29.685	10,1	3	29.870	10,0	1	29.964	3,3	7	30.057	23,3
230940	Novo Oriente	2	24.307	8,0	0	25.308	0,00	0	26.119	0,00	3	25.958	11,6	0	25.945	0,0	1	25.864	3,9	3	25.783	11,6	7	25.600	27,3	1	25.506	3,9	1	25.415	3,9
230945	Ocara	0	20.492	0,0	0	20.570	0,00	0	21.584	0,00	3	21.706	13,8	3	21.953	13,7	1	22.125	4,5	1	22.297	4,5	0	22.687	0,0	0	22.884	0,0	1	23.084	4,3
230950	Crês	0	20.884	0,0	3	20.665	14,52	1	22.023	4,54	3	21.937	13,7	3	22.023	13,6	1	22.023	4,5	3	22.023	13,6	2	22.024	9,1	4	22.024	18,2	0	22.028	0,0
230960	Pacajus	0	39.059	0,0	0	39.973	0,00	0	44.070	0,00	4	45.307	8,8	2	46.654	4,3	0	47.849	0,0	1	49.044	2,0	0	51.758	0,0	2	53.142	3,8	2	54.508	3,7
230970	Pacatuba	1	45.924	2,2	1	47.001	2,13	1	51.696	1,93	3	53.693	5,6	1	54.718	1,8	4	56.123	7,1	1	57.526	1,7	1	60.699	1,6	1	62.322	1,6	4	63.925	6,3
230980	Pacoti	0	11.642	0,0	0	11.954	0,00	1	10.929	9,15	1	11.017	9,1	0	11.102	0,0	1	11.187	8,9	1	11.264	8,9	0	11.449	0,0	0	11.545	0,0	2	11.638	17,2
230990	Pacujá	0	5.492	0,0	0	5.556	0,00	1	5.653	17,69	0	5.724	0,0	0	5.789	0,0	0	5.853	0,0	0	5.915	0,0	0	6.058	0,0	1	6.132	16,3	0	6.204	0,0
231000	Palhano	0	7.536	0,0	0	7.446	0,00	0	8.166	0,00	0	8.178	0,0	2	8.212	24,4	0	8.232	0,0	1	8.252	12,1	1	8.307	12,0	0	8.331	0,0	2	8.348	24,0
231010	Palmácia	0	9.627	0,0	0	9.513	0,00	0	9.859	0,00	0	9.982	0,0	0	9.777	0,0	1	9.739	10,3	2	9.707	##	1	9.623	10,4	0	9.581	0,0	1	9.537	10,5
231020	Parauru	1	24.492	4,1	0	25.178	0,00	0	27.541	0,00	1	28.314	3,5	0	28.931	0,0	4	29.573	19,5	2	30.217	6,6	1	31.678	3,2	4	32.418	12,3	4	33.153	12,1
231025	Paraipaba	2	21.355	9,4	1	21.615	4,63	0	25.462	0,00	1	26.004	3,8	2	26.653	7,5	3	27.209	11,0	3	27.759	10,8	5	29.012	17,2	8	29.653	27,0	2	30.292	6,6
231030	Parambu	0	31.284	0,0	2	31.440	6,36	2	32.302	6,19	5	32.531	15,4	4	32.770	12,2	3	32.988	9,1	2	33.204	6,0	0	33.694	0,0	1	33.949	2,9	2	34.191	5,8
231040	Paramoti	0	11.559	0,0	0	11.694	0,00	0	10.970	0,00	0	11.031	0,0	0	11.084	0,0	0	11.131	0,0	3	11.182	##	1	11.299	8,9	0	11.355	0,0	2	11.414	17,5
231050	Pedra Branca	0	37.312	0,0	0	37.074	0,00	0	40.742	0,00	5	40.958	12,2	4	41.150	9,7	0	41.339	0,0	1	41.528	2,4	4	41.961	9,5	3	42.177	7,1	1	42.394	2,4
231060	Penaforte	1	6.079	##	0	6.016	0,00	0	7.017	0,00	0	7.086	0,0	0	7.144	0,0	0	7.196	0,0	0	7.256	0,0	0	7.385	0,0	0	7.445	0,0	0	7.512	0,0
231070	Pentecoste	0	28.061	0,0	0	27.777	0,00	0	32.600	0,00	0	32.514	0,0	1	32.675	3,1	5	32.707	15,3	0	32.742	0,0	2	32.818	6,1	3	32.856	9,1	1	32.894	3,0
231080	Pereiro	1	13.661	7,3	1	13.570	7,37	0	15.225	0,00	0	15.197	0,0	1	15.314	6,5	1	15.357	6,5	0	15.403	0,0	1	15.496	6,5	0	15.546	0,0	1	15.591	6,4
231085	Pindoretama	0	14.267	0,0	0	14.591	0,00	0	14.951	0,00	1	15.375	6,5	0	15.696	0,0	0	16.026	0,0	0	16.365	0,0	0	17.198	0,0	0	17.530	0,0	0	17.918	0,0
231090	Piquet Carneiro	1	12.579	7,9	0	12.491	0,00	3	13.131	22,85	1	13.131	7,6	1	13.132	7,6	0	13.197	0,0	2	13.140	15,2	1	13.145	7,6	0	13.158	0,0	0	13.167	0,0
231095	Pires Ferreira	0	11.097	0,0	0	11.395	0,00	0	8.643	0,00	0	8.539	0,0	1	8.471	11,8	1	8.390	11,9	1	8.305	12,0	0	8.126	0,0	0	8.027	0,0	1	8.647	11,6
231100	Poranga	0	11.457	0,0	1	11.489	8,70	1	11.737	8,52	0	11.819	0,0	0	11.881	0,0	0	11.947	0,0	0	12.013	0,0	0	12.167	0,0	0	12.239	0,0	3	12.314	24,4
231110	Porteiras	0	15.252	0,0	1	15.300	6,54	1	15.658	6,39	1	15.736	6,4	1	15.791	6,3	1	15.852	6,3	0	15.913	0,0	0	16.056	0,0	5	16.126	31,0	0	16.192	0,0
231120	Potengi	0	8.405	0,0	0	8.449	0,00	0	9.138	0,00	0	9.212	0,0	1	9.346	10,7	0	9.443	0,0	0	9.540	0,0	1	9.759	10,2	1	9.870	10,1	0	9.982	0,0
231123	Potiretama	0	5.884	0,0	0	5.908	0,00	0	5.768	0,00	0	5.751	0,0	1	5.768	17,3	0	5.768	0,0	0	5.767	0,0	0	5.764	0,0	0	5.762	0,0	0	5.765	0,0
231126	Quiterianópolis	2	17.955	11,2	0	17.266	0,00	4	18.355	21,79	0	18.517	0,0	0	18.699	0,0	1	18.858	5,3	1	19.020	5,3	1	19.381	5,2	1	19.566	5,1	0	19.750	0,0

23130 Quinadá	5	66.044	7,6	4	66.764	5,99	4	69.654	5,74	3	70.494	4,3	1	71.382	14	7	72.177	9,7	4	72.979	5,5	1	74.791	1,3	3	75.720	4,0	2	76.631	2,6
23135 Quiseló	2	14.844	##	2	14.744	13,56	3	15.596	19,24	2	15.589	12,8	2	15.587	12,8	1	15.564	6,4	2	15.557	12,9	2	15.546	12,9	2	15.538	12,9	1	15.525	6,4
23140 Quieramobim	0	55.930	0,0	0	55.571	0,00	0	59.235	0,00	5	58.898	8,5	1	59.269	1,7	2	59.187	3,4	4	59.195	6,8	6	59.235	10,1	3	59.239	5,1	6	59.261	10,1
23150 Quieré	0	16.054	0,0	0	16.413	0,00	0	16.862	0,00	0	17.230	0,0	0	17.502	0,0	1	17.807	5,6	1	18.103	5,5	0	18.781	0,0	0	19.128	0,0	1	19.468	5,1
23160 Redenção	0	21.503	0,0	3	21.285	14,09	1	24.993	4,00	2	25.269	7,9	0	25.465	0,0	7	25.683	27,3	2	25.899	7,7	3	26.393	11,4	0	26.646	0,0	2	26.892	7,4
23170 Rerutaba	0	21.403	0,0	2	21.998	9,09	0	21.224	0,00	0	21.691	0,0	2	22.046	9,1	1	22.431	4,5	1	22.815	4,4	2	23.678	8,4	3	24.123	12,4	2	24.555	8,1
23180 Russas	1	54.684	1,8	4	55.970	7,15	10	57.320	17,45	4	58.607	6,8	3	59.581	5,0	2	60.631	3,3	2	61.677	3,2	7	64.057	10,9	7	65.268	10,7	6	66.471	9,0
23190 Saboeiro	1	16.772	6,0	1	16.967	5,89	2	16.226	12,33	2	16.296	12,3	1	16.388	6,1	0	16.463	0,0	1	16.536	6,0	1	16.708	6,0	2	16.793	11,9	0	16.874	0,0
23195 Salitre	0	12.260	0,0	1	12.173	8,21	1	13.925	7,18	1	14.069	7,1	1	14.195	7,0	2	14.317	14,0	1	14.444	6,9	0	14.729	0,0	0	14.871	0,0	1	15.013	6,7
231200 Santana do Acaará	0	27.150	0,0	2	27.906	7,17	0	26.198	0,00	0	26.654	0,0	1	26.990	3,7	1	27.351	3,7	1	27.719	3,6	1	28.548	3,5	0	28.972	0,0	3	29.394	10,2
231210 Santana do Cariri	0	16.724	0,0	1	16.922	5,91	1	16.847	5,94	2	17.012	11,8	0	17.149	0,0	2	17.293	11,6	1	17.433	5,7	4	17.752	22,5	1	17.914	5,6	0	18.076	0,0
231220 Santa Quitéria	2	38.951	5,1	2	38.704	5,17	3	42.375	7,08	0	42.586	0,0	5	42.775	11,7	2	42.959	4,7	3	43.148	7,0	0	43.567	0,0	4	43.783	9,1	1	43.994	2,3
231230 São Benedito	2	38.228	5,2	3	38.418	7,81	6	39.894	15,04	1	40.263	2,5	3	40.566	7,4	4	40.878	9,8	1	41.191	2,4	5	41.997	11,9	3	42.255	7,1	5	42.614	11,7
231240 São Gonçalo do Amarante	0	34.434	0,0	2	35.241	5,68	0	35.608	0,00	1	36.300	2,8	5	36.937	13,5	1	37.554	2,7	4	38.175	10,5	6	39.566	15,2	4	40.282	9,9	4	40.987	9,8
231250 São João do Jaguaribe	0	8.585	0,0	1	8.683	11,52	0	8.650	0,00	0	8.714	0,0	0	8.782	0,0	1	8.847	11,3	0	8.904	0,0	2	9.046	22,1	1	9.117	11,0	0	9.192	0,0
231260 São Luís do Cu	0	11.122	0,0	0	11.179	0,00	0	11.497	0,00	0	11.602	0,0	2	11.682	17,1	1	11.772	8,5	0	11.858	0,0	1	12.053	8,3	2	12.153	16,5	0	12.248	0,0
231270 Senador Pompeu	1	24.626	4,1	1	24.376	4,10	1	27.225	3,67	5	27.304	18,3	3	27.358	11,0	2	27.234	7,3	3	27.305	11,0	1	27.440	3,6	1	27.512	3,6	2	27.582	7,3
231280 Senador Sá	0	5.660	0,0	0	5.722	0,00	0	5.605	0,00	0	5.633	0,0	0	5.693	0,0	1	5.736	17,4	1	5.782	17,3	0	5.874	0,0	1	5.923	16,9	0	5.975	0,0
231290 Sobral	9	143.655	6,3	7	146.005	4,79	8	155.276	5,15	8	158.515	5,0	13	161.123	8,1	9	163.635	5,5	11	166.543	6,6	5	172.685	2,9	9	175.818	5,1	14	178.915	7,8
231300 Solonópole	3	16.161	##	0	16.152	0,00	0	16.902	0,00	1	16.975	5,9	0	17.033	0,0	0	17.181	0,0	0	17.245	0,0	3	17.386	17,3	2	17.458	11,5	1	17.532	5,7
231310 Tabuleiro do Norte	0	27.407	0,0	2	27.735	7,21	0	27.098	0,00	0	27.343	0,0	1	27.513	3,6	2	27.710	7,2	4	27.907	14,3	2	28.346	7,1	1	28.568	3,5	4	28.797	13,9
231320 Tamboril	1	27.994	3,6	0	28.330	0,00	1	25.973	3,85	3	25.928	11,6	2	25.915	7,7	2	25.887	7,7	2	25.856	7,7	4	25.794	15,5	1	25.760	3,9	0	25.726	0,0
231325 Tarrafas	0	7.682	0,0	0	7.589	0,00	0	9.213	0,00	0	9.144	0,0	1	9.027	11,1	0	8.934	0,0	0	8.849	0,0	0	8.648	0,0	1	8.549	11,7	2	8.438	23,7
231330 Tauá	5	49.576	10,1	5	49.285	10,15	0	51.948	0,00	10	52.005	19,2	6	52.078	11,5	6	52.135	11,5	5	52.191	9,6	2	52.329	3,8	9	52.400	17,2	5	52.460	9,5
231335 Tejuoca	0	11.122	0,0	0	11.043	0,00	0	13.519	0,00	0	13.734	0,0	0	13.880	0,0	0	14.049	0,0	0	14.216	0,0	0	14.595	0,0	1	14.785	6,8	0	14.976	0,0
231340 Tianguá	3	51.872	5,8	3	53.094	5,65	2	56.069	3,44	2	59.744	3,3	4	61.031	6,6	7	62.402	11,2	3	63.773	4,7	6	66.880	9,0	7	68.466	10,2	9	70.032	12,9
231350 Trairi	1	40.379	2,5	1	40.818	2,45	2	44.527	4,49	3	45.528	6,6	7	46.250	15,1	1	47.049	2,1	1	47.849	2,1	1	49.654	2,0	5	50.575	9,9	3	51.491	5,8
231355 Tururu	0	10.931	0,0	0	11.058	0,00	0	11.498	0,00	0	11.670	0,0	0	11.828	0,0	1	11.988	8,3	0	12.139	0,0	1	12.488	8,0	0	12.665	0,0	0	12.847	0,0
231360 Ubajara	0	27.842	0,0	3	28.616	10,48	2	27.095	7,38	0	27.452	0,0	2	27.879	7,2	5	28.243	17,7	3	28.605	10,5	5	29.426	17,0	6	29.844	20,1	2	30.263	6,6

231370 Umari	0	7.400	0,0	1	7.318	13,66	0	7.435	0,00	1	7.392	13,6	0	7.292	0,0	0	7.245	0,0	2	7.147	28,0	5	7.092	70,5	2	7.037	28,4
231375 Umirim	0	15.221	0,0	0	15.214	0,00	1	17.343	5,77	0	17.587	5,6	0	17.963	0,0	3	18.154	16,5	1	18.603	5,4	0	18.827	0,0	2	19.053	10,5
231380 Uruburetama	3	16.127	##	0	16.490	0,00	1	16.444	6,08	0	16.810	11,7	1	17.347	5,8	1	17.628	5,7	0	18.278	0,0	0	18.609	0,0	0	18.936	0,0
231390 Uruoca	0	9.864	0,0	0	9.748	0,00	0	11.479	0,00	0	11.630	0,0	0	11.866	0,0	2	11.986	16,7	0	12.267	0,0	0	12.410	0,0	0	12.547	0,0
231395 Varjota	0	14.630	0,0	1	14.804	6,75	3	16.593	18,08	2	16.980	11,8	0	17.251	5,7	0	17.864	0,0	4	18.556	21,6	2	18.904	10,6	1	19.249	5,2
231400 Várzea Alegre	3	33.717	8,9	6	34.084	17,60	4	34.844	11,48	2	35.230	5,7	1	35.583	11,1	5	36.269	13,8	0	37.043	0,0	3	37.441	8,0	2	37.833	5,3
231410 Viçosa do Ceará	5	44.208	11,3	3	44.693	6,71	3	45.427	6,60	6	45.925	13,1	3	46.389	19,2	4	47.276	8,5	7	48.283	14,5	2	48.800	4,1	2	49.306	4,1

Fonte: MS\Datasus\SIM