



INSTITUTO POLITÈCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
ANA LÚCIA ALVES LIMA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PESSOAS QUE COMETERAM
SUICÍDIO NO PERÍODO DE 2007 A 2013 EM ARAPIRACA – ALAGOAS, E A
POSSÍVEL EXPOSIÇÃO AOS AGROTÓXICOS**

ESSV - VISEU
SETEMBRO/2015



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
ANA LÚCIA ALVES LIMA

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PESSOAS QUE COMETERAM
SUICÍDIO NO PERÍODO DE 2007 A 2013 EM ARAPIRACA – ALAGOAS, E A
POSSÍVEL EXPOSIÇÃO AOS AGROTÓXICOS

Dissertação de Mestrado realizada sob
orientação de Prof^a. Doutora Maria
Madalena Jesus Cunha Nunes.

ESSV - VISEU
SETEMBRO/2015

"Quando uma pessoa pensa em suicídio,
ela quer matar a dor,
mas nunca a vida."

Augusto Cury

AGRADECIMENTOS

À Deus, por manter o comando da minha vida, me proporcionando a realização deste objetivo.

À minha família e amigos pelo apoio incondicional ao meu desejo de realizar o sonho de ser mestre, numa imensurável busca de conhecimento.

Aos professores e orientadores do Mestrado de Educação para a Saúde, pela competência, dedicação e incentivo.

À Prof^a Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes, minha orientadora, pelo incentivo que me impulsionou a ultrapassar as dificuldades encontradas no decorrer de todo o processo de construção dessa dissertação.

À Secretaria Municipal de Saúde e Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly, instituições onde desenvolvo minha prática profissional, pela disponibilização de dados e compreensão dispensada.

Aos participantes da pesquisa, sem os quais este trabalho não teria propósito.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo de série histórica, com os dados coletados do Sistema de Informação de Mortalidade, através de relatórios do TABWIN, gerados em Excel, com banco de dados e análise estatística feitas no programa estatístico SPSS. Tem por objetivo determinar a mortalidade por suicídio na população do município de Arapiraca-AL, no período de 2007 a 2013, caracterizar o perfil epidemiológico e verificar a existência da associação entre a exposição a agrotóxicos e o suicídio. Identificamos 76 óbitos por suicídio no período, porém 14 óbitos foram eliminados por apresentarem informações ignoradas. Dos 53 óbitos, que apresentou uma média de 7,6 óbitos/ano, 40 foram praticados por homens e 13 por mulheres, a faixa etária inferior a 30 anos teve 45% dos óbitos, concentrados entre 20 a 29 anos, com 32,1%; os solteiros representaram 64,1%; pessoas de cor parda, com 41 mortos, (77,3%); a escolaridade apresentou 50,9% com um a 7 anos de estudos; 73,6% das pessoas residiam na zona urbana; 37,7% eram trabalhadores da agricultura, e o meio mais utilizado foi o enforcamento com 28 dos óbitos, (52,9%), seguido do uso de pesticidas com 16 óbitos, (30,2%). O Teste Exato de Fisher utilizado para avaliar a associação entre os fatores que poderiam influenciar a prática do suicídio, mostrou não existir diferença estatística na prática do suicídio entre os trabalhadores com agrotóxicos ($p=0,64$), bem como em relação a ocupação ($p=0,76$). Porém, foram encontradas associações significativas entre o desfecho suicídio e a existência de quadro depressivo ($p=0,001$) e a utilização de medicamentos ($p=0,03$). Novos estudos devem ser realizados com o intuito de melhor explicar a ocorrência de depressão e do suicídio e principalmente determinar a sua relação causal com a exposição aos agrotóxicos.

Palavras-chave: Suicídio; Mortalidade; Agrotóxicos

ABSTRACT

This is a descriptive study of historical series, with data collected from the Mortality Information System, through TABWIN reports generated in Excel, with database and statistical analysis made in SPSS. It aims to determine the mortality from suicide in the population of the city of Arapiraca-AL, from 2007 to 2013, characterize the epidemiological profile and verify the existence of the association between exposure to pesticides and suicide. We identified 76 deaths by suicide in the period, but 14 deaths were eliminated because they had ignored information. Of the 53 deaths, which showed an average of 7.6 deaths / year, 40 were committed by men and 13 women, aged less than 30 years had 45% of deaths, concentrated between 20 to 29 years, with 32.1 %; singles accounted for 64.1%; people of mixed race, with 41 deaths (77.3%); schooling showed 50.9% with 7 years of study; 73.6% of people lived in the urban area; 37.7% were agricultural workers, and the most used medium was hanging with 28 deaths (52.9%), followed by the use of pesticides with 16 deaths (30.2%). The Fisher exact test used to evaluate the association among the factors that could influence the practice of suicide, showed no statistically significant difference in the practice of suicide among workers with pesticides ($p = 0.64$), as well as for the occupation ($p = 0.76$). However, significant associations were found between suicide outcome and the existence of depressive symptoms ($p = 0.001$) and the use of medication ($p = 0.03$). Further studies should be conducted with the goal to better explain the occurrence of depression and suicide and mainly determine its causal relationship to exposure to pesticides.

Keywords: suicide; mortality; pesticides

LISTA DE SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

MS – Ministério da Saúde

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

APA – Associação Psiquiátrica Americana

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

SINITOX – Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológica

EUA – Estados Unidos da América

DFVT – Doença da Folha Verde do Tabaco

SUPRE – Suicide Prevention Program

SUS – Sistema Único de Saúde

CAPS – Centro de Apoio Psico Social

PSF – Programa de Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

UnB – Universidade de Brasília

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão

EPI – Equipamento de Proteção Individual

TABWIN – Programa TABWIN

DATASUS – Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CBO – Código Brasileiro de Ocupação

AVPP – Anos de Vida Potencialmente Perdidos

ONG – Organização Não Governamental

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características sociodemográficas do total de falecidos por suicídio. Arapiraca-AL, 2007 a 2013.....	63
TABELA 2 – Óbitos por suicídio segundo mês de falecimento. Arapiraca-AL, 2007 a 2013.....	64
TABELA 3 - Óbitos por suicídio segundo ocupação. Arapiraca-AL, 2007 a 2013.....	65
TABELA 4 - Óbitos por suicídio segundo meio utilizado para o suicídio. Arapiraca-AL, 2007 a 2013.....	65
TABELA 5 - Caracaterísticas sociodemográficas dos falecidos por suicídio. Arapiraca-AL, 2007 a 2013.....	72
TABELA 6 – Caracaterísticas das variáveis relacionadas ao suicídio. Arapiraca, 200 a 20013.....	75
TABELA 7 – Coeficiente de Mortalidade por Suicídio de residentes do Brasil, Região Nordeste, Estado de Alagoas e Município de Arapiraca, de 2007 a 2013.....	77
TABELA 8 – Associação entre tentativa de suicídio anterior e variáveis independentes.	78

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Questionário92

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido95

ANEXO C – Pedido de autorização para efectuar colheita de dados.....97

SUMÁRIO

Introdução	21
PARTE I	
Capítulo 1 - Suicídio.....	23
1.1 – Suicídio – Conceitos e Aspectos Históricos	26
1.2 – Cuidados Organizados para a Prevenção do Suicídio na Comunidade.....	31
1.3 – Experiências Bem-Sucedidas na vigilância e controle do suicídio	32
1.4 – Propostas de Trabalho de Prevenção ao Suicídio Elaboradas pelo Ministério de Saúde do Brasil	34
1.5 – Elaboração de um Plano de Prevenção ao Suicídio.....	35
1.5.1 – Planejamento de um Seminário de Sensibilização para Prevenção Do Suicídio	38
Capítulo 2 – Depressão.....	41
Capítulo 3 – Agrotóxicos	45
Capítulo 4 - O Contexto da Cultura do Tabaco.....	55
PARTE II	
5 - Metodologia	61
5.1 – Participantes	62
5.2 – Caracterização sócio-espacial da amostra	62
5.3 - Caracterização do Município	65
5.4 – Instrumentos de Coleta de Dados e Procedimentos Realizados	69
5.5 – Análise de Dados	70
6 – Resultados	71
7 - Discussão	81
8 - Conclusões.....	87
Referências Bibliográficas.....	88
Anexos.....	92

INTRODUÇÃO

A dissertação de Mestrado de Educação para a Saúde, da Escola Superior de Saúde de Viseu – ESSV, de Portugal, com o título “Perfil sociodemográfico das pessoas que cometeram suicídio no período de 2007 a 2013 em Arapiraca – Alagoas, e a possível exposição aos agrotóxicos” teve como motivação à vivência prática da sua autora ao presenciar no dia-a-dia do trabalho em uma Unidade de Emergência, um grande número de atendimentos por tentativas de suicídio, e de atos consumados que passaram a ser notificados no SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde, apresentando tendência crescente no decorrer dos anos.

Por se considerar que o município de Arapiraca possui como base a economia pautada na agricultura fumageira e de horti-fruti, com larga utilização de agrotóxicos, e em face da descrição na literatura internacional da associação estabelecida entre a exposição aos agrotóxicos e o suicídio, surgiu a pertinência de se investigar sobre o tema, desenvolvendo a pesquisa junto dos familiares das pessoas que cometeram o suicídio no período de 2007 a 2013, e verificar se existe esta associação na realidade do nosso município.

Desta forma organizamos o relatório da dissertação em duas partes; na primeira parte apresentamos a conceituação dos termos utilizados, identificados por pensadores e estudiosos dos temas suicídio, depressão, agrotóxico e o contexto da cultura fumageira, e em seguida buscamos conhecer através da revisão bibliográfica sobre o suicídio, os cuidados organizados para a prevenção, as experiências bem sucedidas na vigilância e controle do suicídio, e por fim, apresentamos uma proposta de trabalho de prevenção do suicídio, elaborada pelo Ministério da Saúde do Brasil, para ser desenvolvido pelos profissionais da atenção primária à saúde. Na segunda parte apresentamos as opções metodológicas, com a planificação do estudo, identificando o local, a população, a amostra, o tipo do estudo, os instrumentos utilizados, a análise estatística dos dados e as questões éticas para a

realização do estudo, bem como a apresentação dos resultados e sua discussão. Por fim, as conclusões à cerca do estudo realizado.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - SUICÍDIO - ASPECTOS GERAIS

O suicídio, por ser um fenômeno complexo, através dos séculos, atraiu a atenção de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos e artistas, sendo definido pela OMS (2002), como um “problema grave de saúde pública, que requer a nossa atenção, mas, infelizmente, a sua prevenção e controle não são tarefas fáceis. Investigação atual indicou que a prevenção do suicídio, embora possível, envolve toda uma série de atividades, que vão desde o proporcionar as melhores condições possíveis para criar as nossas crianças e adolescentes, passando pelo tratamento eficaz de perturbações mentais, até ao controle ambiental de fatores de risco. A apropriada disseminação de informação e a consciencialização são elementos essenciais para o sucesso dos programas de prevenção do suicídio. ¹

As recentes pesquisas realizadas, afirmaram que as pessoas que cometeram suicídio apresentavam comportamentos causados por situações e acontecimentos adversos que pareciam impossível de serem enfrentados, com a depressão a constituir-se como a principal associada a esses eventos. Definida como “uma doença que se caracteriza por afetar o estado de humor da pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza”, ela continua a atingir todas as faixas etárias, e apresentando as mulheres com uma prevalência duas vezes superior aos homens. ²

Os impactos de utilização de agrotóxicos sobre a saúde humana foi uma questão que mereceu atenção da sociedade, bem como da comunidade científica internacional, sobretudo nos países em desenvolvimento, uma vez que quando se elencavam os efeitos para a saúde da exposição crônica a múltiplos agrotóxicos observava-se que no sistema nervoso um dos efeitos citados dizia respeito as alterações neurocomportamentais, onde estavam incluídos insônia, irritabilidade, depressão, perda de memória, surtos psicóticos, alterações de humor e suicídio.³

Do ponto de vista clínico-epidemiológico, foram várias as dificuldades para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados aos agrotóxicos, se fazendo necessário identificar a existência de exposição ocupacional ou ambiental aos agrotóxicos e caracterizar esta exposição. Para tanto os profissionais de saúde deveriam estar atentos, preparados e motivados a considerar o papel do trabalho e do ambiente na saúde, e dispor de condições e instrumentos para investigar estas relações, como anamnese clínico-ocupacional e o estudo in loco dos contextos de trabalho e vida. As pessoas expostas aos agrotóxicos, por seu turno, teriam que dispor de informações sobre os produtos a que estavam expostos, e levar esta informação ao serviço de saúde, vencendo o medo de “perder o emprego” ou de reconhecer em si sintomas de intoxicação, superando as estratégias psíquicas individuais e coletivas de defesa que operavam muitas vezes pela negação do problema (Dejour, 1994).⁴

Diante do uso intenso e difuso dos agrotóxicos no Brasil, foi possível considerar que a maior parte da população apresentou exposição de alguma forma, onde os trabalhadores certamente eram os que entravam em contato mais direto com estes produtos, e por maior tempo, bem como as comunidades situadas no entorno de empreendimentos agrícolas e industriais e os consumidores de alimentos, em que está incluída praticamente toda a população.⁴

Os dados brasileiros sobre comportamento suicida revelaram um aumento das taxas e dos números absolutos de mortes por suicídio nas últimas décadas, onde se pôde observar uma predominância de mortes por suicídio entre os homens e de tentativas de suicídio entre as mulheres. As taxas de suicídio em relação às faixas etárias seguiram a tendência mundial de aumento progressivo segundo o avanço da idade, contudo observou-se um aumento alarmante nos números e taxas entre os jovens de 15 a 30 anos de idade, onde o perfil das pessoas internadas, motivadas pelas circunstâncias para as tentativas de suicídio no Brasil foi marcado pela predominância de jovens nessa faixa etária, e os dados indicaram fortemente a necessidade de se

implementar estratégias preventivas do comportamento suicida entre os jovens.⁵

A análise dos dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, de 2006, revelou que o Brasil apresentou uma taxa média de mortalidade por suicídio de 4,5 por 100 mil habitantes em 2004, sendo 7,1 por 100 mil para homens e 1,9 por 100 mil para mulheres. A taxa de suicídio do Brasil foi considerada baixa pela OMS, contudo, quando as taxas de suicídio brasileiras foram desmembradas por regiões e cidades, observou-se que em algumas partes do país as taxas eram consideradas moderadas e altas e segundo esses dados, as regiões que apresentaram as maiores taxas de suicídio foram sul e centro-oeste. Apesar de o Brasil estar entre os países que apresentaram taxas de suicídio moderadamente baixas, o número absoluto de mortes por suicídio colocou-o entre os dez países com maior incidência desse comportamento, chegando a ocupar o segundo lugar nas Américas (Barros et al., 2004; Bertolote, 2001).⁶

Diante da importância do autoextermínio em escala mundial e nacional, e da morbimortalidade relacionada ao ato de suicídio, e suas implicações para os sistemas de saúde, despertou-se o interesse em abordar essa questão no âmbito epidemiológico no município de Arapiraca, que vem apresentando expressiva taxa de mortalidade por suicídio surgindo assim a curiosidade e a necessidade de explorar quais seriam as razões potencialmente capazes de explicar o que leva tantas pessoas a atentarem contra a própria vida.

Além da classificação da depressão como o mal do século responsável por influenciar o humor e o comportamento de grande número de pessoas nos dias atuais, outra interrogação que surgiu nesse contexto diz respeito à exposição aos agrotóxicos. A literatura científica internacional confirma o registro de evidências de intoxicações por agrotóxicos em populações expostas, particularmente crianças e suas famílias que envolviam dois mecanismos principais: a exposição ocupacional direta e a exposição por proximidade da atividade ocupacional. O município de Arapiraca por possuir a base de sua economia pautada na cultura de tabaco, observa-se nessa cultura

a prática da utilização de agrotóxicos para conter as pragas na folha do fumo, sendo uma técnica largamente utilizada de forma indiscriminada nesse meio.

O desenvolvimento do presente estudo, além de procurar apresentar a prevalência da mortalidade por suicídio e descrever o perfil sociodemográfico dos suicidas residentes em Arapiraca no período de 2007 a 2013, busca conhecer a existência de associação com o uso ou exposição aos agrotóxicos.

A aplicação de um Questionário destinado aos familiares das pessoas que cometeram suicídio neste período se constituiu como propósito desta investigação. Conhecer a ocupação e a possível correlação com a exposição aos agrotóxicos, e a apresentação de propostas de medidas de prevenção contínua, uma vez que os números apresentaram tendência crescente no decorrer dos anos. Realizar o estudo sobre a mortalidade por suicídio na população do município de Arapiraca-AL, no período de 2007 a 2013 se constitui na finalidade desse trabalho, onde se procurará determinar o perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio e o coeficiente de mortalidade por suicídio no município em estudo.

1.1 – SUICÍDIO: CONCEITOS E ASPECTOS HISTÓRICOS

O suicídio se constituiu num tema complexo e digno de reflexões por parte de profissionais de várias áreas de atuação como enfermeiros, psicólogos psiquiatras, antropólogos, sociólogos, entre outros. As suas causas ainda são motivos de curiosidade e investigação e o comportamento suicida compreendido como resultado da interação entre diversos fatores de risco e de proteção comporta tanto componentes genéticos e ambientais quanto aqueles de cunho histórico-situacional, social e psicológico.⁷

A OMS (2002), considera o suicídio como uma tragédia familiar e pessoal, causando sofrimento naqueles envolvidos com a vítima. As causas que explicariam o porquê do desejo de uma pessoa querer tirar a própria vida, enquanto outras na mesma situação não agiriam desta forma, são ainda complexas de compreender.⁸

Os estudos de Stuart e Laraia (2002), advogam que o comportamento suicida pode ser classificado e dividido em três categorias: a) ameaças de suicídio, que seriam as advertências indicando que a pessoa tinha a possibilidade de suicídio, onde podiam indicar verbalmente que não ficariam por perto durante muito tempo ou comunicavam sua intenção de forma não verbal, ao se desfazer de objetos preferidos, revisando um testamento e assim por diante. Essas mensagens deveriam ser consideradas no contexto de eventos de vida atuais. A falta de uma resposta positiva podia ser interpretada como encorajamento para a realização do ato; b) tentativas de suicídio, entendidas como qualquer ação auto dirigida, empreendido pela própria pessoa e que conduziria à morte, caso não fosse interrompida; e c) o suicídio, que podia ocorrer depois que os sinais de advertência passassem despercebidos ou tivessem sido ignorados. Pessoas que tentavam o suicídio não pretendiam se matar, mas podiam acabar se suicidando, caso não fossem descobertas a tempo.⁷

Durkeimer (1996) referia-se ao suicídio como toda morte que resultava mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado. A tentativa do suicídio era como o ato interrompido antes que a morte tivesse resultado, onde ressaltava a importância de que a vítima no momento de agir sabia a causa que a levava a essa conduta, distinguindo do paciente que não era o agente do seu próprio falecimento ou o era apenas de uma maneira inconsciente. Considerava o suicídio como um fenômeno social e não um problema individual e referia que cada sociedade tinha em cada momento de sua história uma aptidão definida para o suicídio.⁷

Botega et al (2004), advogam que o suicídio não é apenas um evento no âmbito individual, mas representa um grave problema de saúde pública. Devido à sua complexidade, foi sempre objeto de estudos nas diversas áreas científicas. Observou-se, no setor saúde, forte impacto econômico dos óbitos por suicídio, principalmente devido ao aumento de óbitos em adultos jovens, aos custos com internações, limitações e sequelas decorrentes das tentativas

de suicídio. As atitudes suicidas com intenção de morte, sem levar ao óbito, são denominadas tentativas de suicídio, isto é, atos intencionais de autoagressão, sem resultar em morte.⁹

O suicídio envolve os mais diversos aspectos, socioculturais, genéticos, psicodinâmicos, filosóficos, existenciais e ambientais, com grande número de casos associados a desordens mentais, onde entre os principais fatores de risco destacaram-se as situações de adição de drogas, eventos estressores e doença terminal, além de aspectos como depressão, história pregressa do indivíduo, história familiar, sexo e idade. Bertolote e Fleishmann (2002), numa revisão sistemática de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando um total de 16 mil óbitos por suicídio na população geral, demonstrou que em 97% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental na ocasião do ato fatal.¹⁰

O comportamento suicida cobrindo toda a gama de pensamentos suicidas, era considerado desde a ameaça ou tentativa até a concretização do ato de autoextermínio. Tal comportamento era considerado uma tragédia pessoal e familiar, sendo que em média, um único suicídio afetava intimamente pelo menos seis pessoas, podendo este número chegar a centenas, quando se tratasse de um suicídio ocorrido dentro de uma escola ou local de trabalho. (OMS, 2002).¹⁰

Cassorla (1998), opina que não existe uma causa única para o suicídio. O fenômeno parece ocorrer como resultado de uma série de fatores ambientais, culturais, biológicos, psicológicos, entre outros, que se acumulavam na vida da pessoa. Segundo o autor, o que chama de “causa” é geralmente, o elo final dessa cadeia.¹¹

A atitude suicida causou grande impacto nos serviços de saúde, onde do total de eventos mórbidos ocorridos em 2002, se calculou que 1,4% decorreu de tentativas de suicídio, com previsão de que este percentual aumente para 2,4% em 2020. Há projeções que apontam que na próxima década ocorrerão cerca de 1.500.000 de suicídios em todo o mundo, uma morte a cada 20 segundos. No Brasil, a taxa de suicídio em 2008 foi, em média, de 5,6/100.000

habitantes, porém, devido a ser um país populoso, em 2004 assumiu o nono lugar em números absolutos de suicídio, com 7.987 casos, e dentre os que suicidaram, 55% tinha menos de 40 anos de idade.⁹

Botega et al (2004) utilizando dados da OMS, reportaram que 15 a 25% das pessoas que tentaram suicídio repetirão a tentativa em até um ano, enquanto 10% delas evoluirão para óbito por esta causa no intervalo de 10 anos. A revisão de literatura conduzido por Grossi et al.(2000) salientou diferenças entre os indivíduos que tentaram suicídio, principalmente em relação ao sexo e à faixa etária. Fatores culturais e sociodemográficos, tais como baixa renda, escolaridade e aumento da faixa etária, são considerados fatores de risco para óbito por suicídio.⁹

Considerado o problema da subnotificação, o suicídio respondeu por 0,8% de todos os óbitos da população brasileira em 2005, com estimativas que o número de tentativas de suicídio superasse em 10 vezes o número de suicídios, pois os registros oficiais sobre tentativas eram muito escassos no país. Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA, com o objetivo de conhecer a magnitude das violências e acidentes no Brasil e desenvolver ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e cultura de paz. Esse sistema foi estruturado em dois componentes de vigilância: 1) vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência hospitalares, realizada por meio de inquérito bianual (VIVA inquérito); e 2) vigilância das violências doméstica, sexual e/ou outras, realizada de forma contínua (VIVA contínuo).⁷

Deste modo, apesar de o VIVA caracterizar apenas os atendimentos de tentativa de suicídio atendidos em serviços de urgência e emergência, destacou a importância desse sistema na captação dos casos. Este estudo permitirá caracterizar o perfil dos atendimentos por tentativa de suicídios, fornecendo informações importantes para o conhecimento desse agravo. Subsidiará o planejamento de políticas, prevenção e proteção efetivas, fundamentais para a redução do impacto do suicídio na população. Salienta também, a importância do atendimento a pessoa que tentou suicídio deveria ser realizado em rede, articulando os serviços de urgência com os demais

serviços existentes em cada município, como, por exemplo, a saúde mental e o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), buscando-se, desta forma, garantir a atenção integral e prevenir novas tentativas de suicídio.⁷

A prevenção do suicídio não é tarefa fácil e requer ações que considerem aspectos médicos, sociais, psicológicos, familiares, culturais, religiosos e econômicos. Mais estudos deveriam ser realizados, procurando a identificação dos fatores associados à ocorrência do suicídio e, principalmente, analisando criticamente o funcionamento da rede assistencial de saúde, com vista a auxiliar na identificação precoce do risco e a consequente intervenção, as quais, certamente, teriam impacto na redução das taxas de suicídio.¹²

Proceder a uma reflexão sobre o ser humano sob uma perspectiva dinâmica associada ao ciclo vital definido como um conjunto de fases pelas quais o indivíduo atravessou, desde a sua concepção até o seu desaparecimento, sendo que, em cada uma delas, com peculiaridades passíveis de observação deve ser sempre aceita, pois cada ser humano traz consigo características específicas, potencialidades, dificuldades e demais construtos biopsicossociais que configuram cada etapa da vida, necessitando de um olhar que explore melhor cada um destes estágios (Alarcão, 2006).¹³

Coube ressaltar que poucos estudos investigaram os suicídios por intoxicação no Brasil, talvez devido às frequências não elevadas (16%) em comparação ao enforcamento (60,1%), considerado relevante, superando o suicídio com o uso de armas de fogo (10,3% em 2010).¹⁴

Scardoelli et al. (2011) destacaram a importância de estudos mais detalhados a respeito do suicídio por agrotóxicos. Esses autores, no Estado do Paraná, entre 1997 a 2006, incriminaram a tentativa de suicídio como responsável por 49% de notificações por agrotóxicos. Nos dias atuais, acredita-se que está ocorrendo um aumento de casos de suicídio em diversas áreas do país, colocando-o como um importante problema de saúde pública que merece ser melhor investigado. Novas pesquisas devem ser realizadas para esclarecer as mudanças culturais e comportamentais das mulheres que poderiam estar influenciando a prática do suicídio na sociedade contemporânea.¹⁵

1.2 – CUIDADOS ORGANIZADOS PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA COMUNIDADE

A pesquisa bibliográfica realizada por Façanha et al (2010), em Portugal, apresentou um plano de prevenção do suicídio que continha estratégias relacionadas a identificação dos comportamentos suicidas, para sua prevenção, elencando a tarefa educativa geral, com esclarecimento da comunidade e ajudas para pessoas em risco; identificação de grupos de alto risco, incluindo os idosos, depressivos, alcoólicos e jovens; estudo dos fatores precipitantes utilizando as informações epidemiológicas e medidas apropriadas; reorganização dos Serviços de Saúde Mental, disponibilizando serviços de atendimento permanente e apoio às famílias de suicidas. Apresentou ainda quatro níveis de intervenção para prevenção do suicídio: 1º nível de intervenção - comunidade (comunicação social, centros SOS, legislação, restrições); 2º nível de intervenção - saúde (identificação de grupos de alto risco, prevenção de álcool e drogas e um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio); 3º nível de intervenção - escola (desporto, sinais de alarme, técnicos de saúde mental); 4º nível de intervenção - política social (luta contra o desemprego, exclusão social e solidão).²⁹

Ainda de acordo com Façanha (2010), outras estratégias preventivas também necessitariam ser implantadas e implementadas tais como: a criação de serviços de apoio e promoção da sua utilização, que visem o acompanhamento e encaminhamento de casos, combatendo o estigma; a melhoria do diagnóstico e do tratamento pelos profissionais de saúde tendo em vista o diagnóstico precoce, a identificação dos fatores de risco e a formação de profissionais nos diversos contextos mediante capacitação e sensibilização; desenvolvimento de programas com a finalidade de promover estratégias de resolução de problemas e a autoestima, uma vez que as evidências científicas demonstraram que a prevenção podia ser conseguida através do envolvimento dos jovens em geral e, principalmente, daqueles que evidenciaram situações de risco, em programas que promoviam a autoestima e o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas; aumentar o

conhecimento e a consciência das pessoas para a problemática do suicídio considerando como uma estratégia fundamental da prevenção do suicídio pelo fato de conseguir estabelecer com o adolescente em risco relação de confiança que permitia a verbalização e exteriorização do sofrimento psicológico.²⁹

Outro ambiente considerado de grande relevância eram as escolas, por permitir diversas abordagens eficientes no que diz respeito à prevenção do suicídio, com utilização de leituras didáticas e reflexões em algumas disciplinas, debates, serviços de atendimento e apoio ao estudante (psicólogo, médico escolar, assistente social, enfermeiro), programas formativos para os agentes educativos, intervenções dirigidas aos pais, programas de desenvolvimento de competências e campanhas de sensibilização para os adolescentes, capazes de restringir o acesso aos métodos autodestrutivos.²⁹

1.3 – EXPERIÊNCIAS BEM-SUCEDIDAS NA VIGILÂNCIA E CONTROLE DO SUICÍDIO

A OMS, após a organização de um simpósio internacional, em 1998, e com base na contribuição de pesquisadores, profissionais da saúde em geral e da saúde mental, sobreviventes de tentativas de suicídio e líderes comunitários, elaborou um modelo de referência para se pensar a saúde pública nesta área com recomendações que orientaram países e comunidades a estruturar ações preventivas para o suicídio. No ano seguinte foi lançado o documento Suicide Prevention Program – SUPRE, como uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio (BRASIL, 2009).³⁰

O SUPRE era um programa mundial para a prevenção do suicídio, constituído de vários guias que faziam parte de uma série de recursos preparados e dirigidos a grupos sociais e profissionais específicos, de particular relevância para a prevenção do suicídio. Eram guias que procuraram envolver várias partes de um todo, envolvendo uma variedade de pessoas e grupos, incluindo profissionais de saúde, educadores, serviços sociais, governos, legisladores, membros da mídia, e outros (BRASIL, 2009).³⁰

No caso do Brasil, observou-se que quanto ao tratamento dado à questão do suicídio em termos de programas governamentais, no contexto nacional e atual, muito pouco parece ter sido feito desde 1999, ano do lançamento do SUPRE pela OMS, como uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio (OMS, 2000). No entanto, em 2005, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho cuja finalidade era elaborar um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, com representantes do governo, de entidades da sociedade civil e das universidades.⁵

Uma experiência bem sucedida, desenvolvida na cidade de Coimbra, relatada por Façanha em 2010 intitulada “Programa de Intervenção BELIEVE” buscava entender o conjunto de fatores e os comportamentos identificados no âmbito do suicídio, contemplando duas vertentes de atuação: uma orientada para os cuidados de saúde primários e a outra para o meio escolar, realizando sessões de sensibilização, discussão e reflexão tomando como base o tema “Prevenção do Suicídio nos Adolescentes”, organizando uma rede de referência e encaminhamento de adolescentes que apresentassem ideação suicida, e promovendo uma intervenção dirigida aos adolescentes, intitulada “Promoção da Autoestima e Resolução de Problemas”, utilizando uma metodologia expositiva, interrogativa e interativa, nas diversas fases do processo.²⁹

Um estudo realizado por Aquino et al em 2011, na cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, teve como objetivo validar uma proposta de prevenção do vazio existencial em um grupo de estudantes adolescentes, fomentando uma sensibilização no que se referia à busca de sentido e, por conseguinte, prevenir a sensação de falta de sentido na vida. Foi adotada a teoria da logoterapia e a análise existencial de Viktor Emil Frankl, que se constituía numa abordagem que procurava adentrar em um campo mais amplo que abarcasse completamente o íntimo do ser humano bem como o mundo que o circundava (Lukas, 1986), ou seja, sua própria realidade, na qual o homem buscava razões para agir e encontrar sentido nas diversas circunstâncias de sua vida (Xausa, 1986).³¹

Identificaram que o mal-estar da nossa civilização se manifestava através do tédio e da sensação de que a vida não tinha sentido e isso se expressava através dos sintomas de drogadição, agressão e suicídio, e que a abordagem foi considerada relevante para o desenvolvimento de programas preventivos junto aos adolescentes, podendo contribuir para o aumento da qualidade de vida e bem-estar psicológico. Os resultados sugeriram que a intervenção promoveu o desenvolvimento da sensação de sentido de vida, pois foi constatada uma progressão do nível de realização existencial bem como a regressão dos níveis de desespero e de vazio existencial dos participantes do grupo experimental.³¹

1.4 – PROPOSTAS DE TRABALHO DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO, ELABORADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL.

Com o objetivo de reduzir as taxas de suicídios e tentativas e os danos associados com comportamentos suicidas, assim como o impacto traumático do suicídio na família, nas comunidades, nos locais de trabalho, nas escolas, outras instituições e na sociedade brasileira, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde apresentou a proposta da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, cujas diretrizes em vigor, foram instituídas por portaria ministerial (BRASIL, 2006) teve seu lançamento quando da realização do I Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio, em agosto de 2006, em Porto Alegre, e tratava-se de uma iniciativa pioneira no âmbito nacional de trazer para a área de saúde pública uma proposta que seguia a recomendação da Organização Mundial da Saúde para os países membros. De acordo com as projeções (OMS, 2000) até o ano de 2020 aproximadamente 1,53 milhões de pessoas irão morrer por suicídio, sendo a estimativa para tentativas de suicídio de 10 a 20 vezes superiores aos suicídios consumados. Isso representou uma média de uma morte a cada vinte segundos e uma tentativa a cada um ou dois segundos.⁵

A identificação de pessoas em risco de suicídio constituiu-se uma tarefa essencial em vários contextos de atuação do profissional de saúde, principalmente no âmbito da saúde mental. Pesquisas revelaram que de 40 a 60% das pessoas que cometeram o suicídio consultaram um médico, no mês anterior a sua morte (OMS, 2000), e nessa perspectiva, o papel do clínico e da equipe de profissionais de saúde na avaliação do risco de suicídio se tornou uma ferramenta essencial na prevenção desse fenômeno. A partir da identificação de pessoas em risco de suicídio, o profissional deveria ser capaz de definir estratégias de ação específicas, que envolviam diferentes procedimentos, com variações desde um encaminhamento para serviços ambulatoriais de saúde mental até, do que é passível de internação.³²

Como referido anteriormente, a avaliação de risco de suicídio não devia ser feita a partir de indicadores isolados, mas por meio da combinação de fatores de risco, numa compreensão mais ampla do contexto e da dinâmica do paciente (Werlang; Botega, 2004). Pessoas muito diferentes chegaram a um mesmo ponto por caminhos muito diferentes, onde além do levantamento de fatores de risco e proteção ao suicídio era essencial que o clínico fosse capaz de identificar se o risco era iminente ou de longo prazo.³²

A partir dessa avaliação era necessária a tomada de decisões importantes em relação ao encaminhamento do parassuicida. A literatura aponta para alguns indicadores de risco iminente que deviam ser considerados pelos clínicos na avaliação como: a intencionalidade suicida, definida como a decisão consciente de acabar com a própria vida (Werlang; Botega, 2004); uma maior gravidade dos sintomas de ansiedade, ataques de pânico, anedonia, abuso de álcool, dentre outros (Fawcett, et al. apud Werlang; Botega, 2004).³³

1.5 - ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

Várias pesquisas foram realizadas ao longo dos últimos anos com o objetivo de produzir informações sobre os fatores comportamentais de risco para a saúde que contribuíssem para a redução da morbidade, mortalidade e problemas sociais entre jovens e adultos. Estas verificaram a existência de

fatores de risco e de proteção a partir da realidade e relações existenciais do cotidiano social como o trabalho e a escola, e nesse contexto o suicídio apresentou-se ocasionado por eventos estressores ao longo da vida de uma pessoa, associado a outros contextos como: indicadores clínicos, transtorno mental e método letal, ficando também constatado que os serviços de saúde não possuíam estratégias de cuidado para lidar com estas situações.³⁴

Tavares, Montenegro & Prieto, (2005), defendiam que programas direcionados para atender pessoas em risco de suicídio representaram iniciativas isoladas, de poucas pessoas, e sem respaldo institucional que lhe garantisse sobrevivência em longo prazo. Citam como exemplo o programa coordenado pelos autores, que fora denominado “Programa de Saúde Mental, Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio”, vinculado à UnB - Universidade de Brasília, que se iniciou em 1995, e que objetivava atuar nas três áreas da atenção em saúde e com enfoque acadêmico e científico, especificamente voltado para os alunos da universidade.³⁴

As diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde - SUS, instituído pela Constituição de 1988, enfatizavam a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, onde a saúde mental estaria inclusa no atendimento globalizado do contexto social e não somente de cunho patológico/orgânico. Mattos, (2001) apontou que por este motivo, ela deveria estar em parcerias e em rede com a atenção básica. Este novo paradigma instituiu os CAPS como a porta de entrada de serviço, com maior atenção para usuários com quadro de crise mental, encaminhados pelas Unidades Básicas ou mais especificamente por profissionais da equipe do Programa Saúde da Família do território do sujeito em sofrimento psíquico. Ao CAPS deveria ser dada a prioridade na atenção à vítima de suicídio com acompanhamento e atenção e nos casos mais agudizados, proceder ao encaminhamento ao pronto socorro de crise ou internação hospitalar.³⁴

A criação de uma rede de apoio social e de saúde foi sugerida, por Cobb (1976) e, de maneira independente, por Cassel (1976) quando compilaram evidências de que a falta ou a ruptura de apoio social aumentavam a suscetibilidade a doenças. O termo rede tem sido extensivamente utilizado na

atualidade, sendo incluído não somente nas políticas públicas de saúde e de assistência, como também nos movimentos sociais e Organizações Não Governamentais, tornando-se um paradigma norteador do pensamento contemporâneo. As redes sociais foram conceituadas por Mângia & Muramoto (2007) como espaços em que as pessoas contariam com suporte e apoio emocional, compartilhariam problemas e tentariam encontrar soluções, mas que poderia ainda se tratar de um conjunto de relações, um sistema de apoio, um sistema de modos e elos ou um conjunto de relações sociais entre pessoas. Enfim as redes seriam ligações que propiciariam ao indivíduo as interações da sociedade.³⁴

Porém constata-se a falta de uma rede significativa e assistência de suporte, em termos socioeducativos e de saúde, que tivesse como ponto de partida ações que caminhassem na linha de compreensão do sujeito que sofre inserido em um contexto de relações existenciais no seu cotidiano de vida, como um território de intervenção com características socioculturais próprias. Todas as ações deveriam caminhar num processo de compreensão e integração dos diferentes valores culturais, convergindo para a atenção em um momento de crise, e não apenas na sintomatologia e no cuidado apenas médico e assistencial.³⁴

Considerando o PSF, como o principal e mais forte dispositivo de saúde constitui-se como o grande responsável pelo cuidado da saúde da população. A proposta que se delineia é que seja construído um projeto de intervenção onde as estratégias e ações a serem realizadas contribuam para o fortalecimento da Atenção Básica e para a ampliação da assistência em Saúde Mental. A inserção de práticas de Saúde Mental na Atenção Primária busca evidenciar o redirecionamento do cuidado, numa perspectiva de atenção integral e humanizada aos sujeitos, em articulação com profissionais e serviços já inseridos nos territórios. A implantação dos NASFs – Núcleos de Apoio à Saúde da Família –, apontou para a possibilidade de se ter profissionais de Saúde Mental nessas equipes (BRASIL, 2008), ficando evidente a intenção política de se afirmar a Saúde Mental sob o foco da responsabilidade que deve ser compartilhada com as equipes de Saúde da Família. O modelo assistencial,

centrado no tratar a doença passa a ser centrado no cuidar do sujeito, considerando suas várias dimensões, dentro do seu espaço de vida, possibilitando a construção de um novo modelo de atenção à saúde, baseado na ética do cuidado.³⁵

1.5.1 – PLANEAMENTO DE UM SEMINÁRIO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO.

A proposta de elaborar um plano de Intervenção para a prevenção do suicídio através da sensibilização da Atenção Básica de Saúde do município de Arapiraca-Alagoas deve ser priorizada em decorrência do perfil epidemiológico identificado, atingindo os profissionais de saúde que desenvolvem suas atividades nas Unidades Básicas de Saúde, na Estratégia de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, contemplando toda a equipe, composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, educadores físicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Devem participar ainda deste momento de sensibilização a Coordenação Municipal de Vigilância Epidemiológica, Coordenação de Saúde Mental, Coordenação de Promoção da Saúde, Coordenação de Atenção Básica e Apoiadores Institucionais da Secretaria Municipal de Saúde.

Para a efetivação da proposta de intervenção, identificam-se como passos a serem trilhados, os seguintes:

- Contato com a Coordenação de Atenção à Saúde e áreas técnicas de Atenção Básica e Saúde Mental.
- Contato com a Coordenação de Vigilância em Saúde e áreas técnicas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Promoção da Saúde.
- Reunião com os técnicos acima mencionados para a apresentação do Plano de Intervenção para a sensibilização dos profissionais da atenção básica que atuem na estratégia de saúde da família/NASF do município de Arapiraca.
- Levantamento do número de profissionais por categoria profissional.

- Levantamento do material necessário para a realização do seminário, para solicitar xerocópias.
- Levantamento de dados relativos à notificação de tentativas de suicídio, no SINAN, para traçar perfil dos casos (sexo, faixa etária, escolaridade, agente tóxico, hospitalização, óbito e bairro de residência).
- Elaborar apresentação em power point com os pontos a serem abordados no Seminário de Sensibilização.
- Definição do local para a realização do Seminário de sensibilização.
- Elaborar cronograma do Seminário, para cada categoria profissional.
- Elaborar comunicação interna (circular) para as unidades de saúde, informando da realização do Seminário de Sensibilização, com as respectivas datas, horários e categorias profissionais.
- Elaborar Folhas de Frequência dos participantes por turno e categoria profissional.
- Solicitar apoio logístico de notebook e Datashow, e coffee break.
- Convidar alunos da Universidade Federal de Alagoas, que participam do PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho, da área de saúde mental, que promovem atividades práticas junto à comunidade e em unidades do Sistema Único de Saúde.
- Convidar a gerência do Centro de Apoio Psicossocial – CAPS para participar do evento.
- Convidar o Secretário Municipal de Saúde para se fazer presente à abertura do Seminário de Sensibilização.
- Realizar o Seminário de Sensibilização.
- Aplicar questionário de avaliação do evento.
- Monitorar o número de notificações de tentativas de suicídio no SINAN.

CAPÍTULO 2 - DEPRESSÃO

A depressão, conceituada como um transtorno mental abrange vários sintomas físicos, vegetativos e somáticos, bem como alterações afetivas e cognitivas, chegando a atingir cerca de 350 milhões de pessoas no mundo. Provocando dificuldade de interação social, de realização de atividades laborais, e influenciando diretamente na vida e rotina dos sujeitos, abrange não somente o indivíduo deprimido, mas também as pessoas em seu redor.¹⁶

A Associação Psiquiátrica Americana - APA, (1994), em seu Manual para Diagnóstico e Estatístico classificou depressão como “um conjunto de sintomas que ocasionam um transtorno de humor” que se divide em duas dimensões: a primeira é o transtorno depressivo e a segunda é o transtorno bipolar, estratificados em categorias com especificadores de gravidade classificados como leve, moderado e grave.¹⁶

Os sintomas depressivos mais comumente identificados foram o humor deprimido, prazer ausente ou reduzido, apetite diminuído ou hiperfagia; sono alterado; agitação ou retardo psicomotor; fadiga; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva/ inadequada; falta de concentração e ideação suicida. E nesse contexto também foram considerados os aspectos sociais apresentando sintomas relacionados com a dificuldade interpessoal como apatia, isolamento e incapacidade de realização de tarefas; os sintomas cognitivos que envolveram sentimento de desamparo e desesperança, autoculpabilidade, ideação e ato suicida, indecisão e incapacidade de *insight* sobre a própria doença; a ansiedade abrangendo os sintomas de ansiedade psíquica, somática e fóbica, e por fim a última categoria que se relacionou com sintomas de hostilidade e de agressividade dirigidas a si mesmo e ao outro, chegando ao suicídio (Thompson, 1989).¹⁶

Estima-se que no Brasil, 3% da população pode ser acometida por transtornos mentais graves e 10%, por transtornos mentais leves (Máximo, 2010) onde a tendência à recorrência e à cronicidade da depressão levava ao comprometimento de sintomas agudos causando um custo acentuado no tratamento da doença, tendo presente como fator dificultador a reduzida

adesão ao tratamento e de procura por auxílio profissional, considerados assim como grandes problemas para lidar com a complexidade de sintomas presentes no quadro depressivo.¹⁶

A depressão pode afetar as pessoas em qualquer fase da vida, embora a incidência seja mais alta nas idades médias. Há, porém, crescente reconhecimento da depressão durante a adolescência e princípios da vida adulta (Lewinsohn et al. 1993).¹⁷

Embora os sentimentos depressivos sejam comuns, especialmente depois de encontrar reveses na vida, o diagnóstico de transtorno depressivo se faz somente quando os sintomas atingem certo limiar e perduram por pelo menos duas semanas. A prevalência varia entre diferentes populações e podem ser mais altas em algumas delas. A análise da carga geral de doenças em 2000 mostrou também que os transtornos depressivos unipolares impuseram pesado encargo à sociedade e se situaram em quarto lugar entre as principais causas de ônus entre todas as doenças.¹⁷

Faz-se necessário o entendimento da atuação da área de saúde mental, conceituado como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais, devendo ser avaliado o impacto das perturbações mentais numa perspectiva abrangente, demonstrando a carga global que as doenças mentais acarretam, constituindo uma importante causa de morbidade e mortalidade.¹⁸

Dentre os fatores sociais e económicos que influenciaram a saúde mental, mereceram destaque o emprego, onde a estabilidade laboral, tal como a satisfação no trabalho, estariam relacionadas com melhores níveis de saúde e bem-estar, estando o desemprego associado a maiores níveis de doença e mortalidade precoce; a educação, onde os estudos demonstraram que quanto maior o nível educacional, menor a incidência de perturbações mentais comuns; a pobreza, traduzida por baixo nível socioeconómico, privação, más condições de habitação, desemprego, baixa escolarização e baixa coesão familiar; habitação, como tradutor do nível de proteção que a pessoa em causa possuía; urbanização apontando uma associação entre viver em grandes cidades e ter um maior risco de doença mental; discriminação sexual e

violência de gênero, onde ficou esclarecido que as mulheres apresentaram um risco de sofrer uma perturbação mental comum duas vezes superior ao dos homens. O conhecimento desses determinantes evidenciou não só a importância da garantia ao acesso universal a serviços de saúde apropriados e custo-efetivos, como também a necessidade de implementação de programas que se destinem à promoção da saúde mental e à prevenção das perturbações mentais.¹⁹

Embora as estimativas demonstrem claramente o muito elevado nível atual da carga resultante da depressão, as perspectivas para o futuro são ainda mais sombrias. Até 2020, se persistirem as tendências atuais da transição demográfica e epidemiológica, a carga da depressão subirá a 5,7% da carga total de doenças, tornando-se a segunda maior causa de anos de vida potencialmente perdidos.¹⁷

CAPÍTULO 3 - AGROTÓXICOS

Os agrotóxicos são produtos químicos usados na agricultura, a sua utilização tem provocado danos imensuráveis à saúde humana, com uma elevada gravidade em casos de intoxicação. Considerando o seu elevado e constante uso, esses agentes químicos podem levar a população a uma agressiva epidemia silenciosa, principalmente no campo em que atuam com o uso direto dos agroquímicos.²⁰

De acordo com a Lei Federal nº. 7.802, de 11 de julho de 1989, regulamentada pelo Decreto 4.074 de 04 de janeiro de 2002, os agrotóxicos foram conceituados como: “produtos e componentes de processos físicos, químicos ou biológicos destinados ao uso nos setores de produção, armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na produção de florestas nativas ou implantadas, e em outros ecossistemas e também ambientes urbanos, hídricos e industriais; cuja finalidade seja alterar a composição da flora e da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos”. São considerados também como agrotóxicos, substâncias e produtos como desfolhantes, dessecantes, estimulantes e inibidores de crescimento. (Brasil, 2002).²¹

O termo agrotóxico só foi introduzido no Brasil após muitas críticas e negociações políticas das organizações sociais e grupos como sindicatos e representantes gerais dos trabalhadores rurais e da sociedade civil organizada, que discordavam do termo “defensivos agrícolas”. Esse termo maquiava o real perigo que ofereciam para quem mantivesse contatos esporádicos ou intermitentes com esses produtos, uma vez que podiam causar riscos para a saúde humana e o meio ambiente. Diante dessa questão, e depois de muitas negociações entre representantes industriais, governo e sociedade civil, o termo “defensivos agrícolas” foi substituído para “agrotóxico” - termo considerado menos agressivo e ameaçador para saúde (Peres et al. 2003).¹⁵

Nos anos 20, pouco se conhecia a respeito dos efeitos toxicológicos dos agrotóxicos para a saúde humana. Apesar disso, os agrotóxicos foram utilizados como armas químicas durante a Segunda Guerra Mundial, sendo a

sua produção expandida mundialmente pelas indústrias que produziam cerca de duas mil toneladas por ano. No Brasil, o uso inicial de agrotóxico foi em programas de saúde pública, visando o combate de insetos transmissores de agente patogênicos, conforme os registros da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1997).¹⁵

A partir de 1960, a utilização de agrotóxico aumentou devido à implantação de políticas governamentais voltadas para o desenvolvimento agrícola do país, o que contribuiu significativamente para o crescente número de intoxicações exógenas em humanos em diversas regiões do Brasil (Silva et al. 2005).¹⁵ e a partir da década de 70 foi intensificado com o processo de modernização agrícola que desencadeou a Revolução Verde. Esse programa, que surgiu nos Estados Unidos, teve o propósito de aumentar a produção agrícola através da utilização de máquinas no campo, do desenvolvimento de pesquisas em fertilização do solo e, principalmente, de sementes modificadas e desenvolvidas em laboratórios.²²

Segundo Dams (2006), o uso de agrotóxicos se difundiu na agricultura brasileira, onde o país se tornou um dos maiores consumidores desses produtos, ficando atrás somente do Japão e dos Estados Unidos. Encontra-se entre os oito maiores consumidores mundiais de agrotóxicos (Carneiro & Almeida, s.d.) e há três anos vem ocupando o primeiro lugar no ranking de consumo de agrotóxicos no mundo (Ortiz, 2012) e no Estado do Rio Grande do Sul o uso de agrotóxicos chegou ao dobro da média nacional (Cigana, 2013).²³

Os agrotóxicos foram classificados em classes toxicológicas, onde a cor determinava sua intensidade: vermelho eram os extremamente tóxicos; amarelo altamente tóxico; azul medianamente tóxico e o verde pouco tóxico; mas todos com grau de periculosidade extremo. As principais vias de intoxicação atingiam a pele, nariz, boca e olhos, portanto era necessário ter cuidados na preparação e aplicação dos agrotóxicos ou a eliminação do uso desse tipo de produto oriundo da indústria químico-farmacêutica.²⁰ Atualmente foram catalogados 366 ingredientes ativos registrados no Brasil para uso agrícola, pertencentes a mais de 200 grupos químicos diferentes, que deram origem a 1.458 produtos formulados para venda no mercado, e muitos deles,

cujo uso era proibido na agricultura ecológica, continuaram sendo comercializados e utilizados, como inseticidas (que combatiam insetos em geral), fungicidas (que atingiam os fungos) ou herbicidas (que matavam as plantas invasoras ou ervas daninhas), apresentando toxicidade e efeitos sobre a saúde humana que variavam em função da sua composição química (Araújo et al., 2007).²²

Mais utilizados, os inseticidas apresentaram atuação de combate a insetos, larvas e formigas e pertenciam a quatro grupos químicos distintos: (a) organoclorados: compostos à base de carbono, com radicais de cloro, derivados do clorobenzeno, do ciclohexano ou do ciclodieno foram muito utilizados na agricultura como inseticidas, porém seu emprego foi progressivamente restringido ou mesmo proibido pois eram persistentes no corpo e no ambiente, causando efeitos patológicos em longo prazo. Sua atuação no sistema nervoso interferia nas transmissões dos impulsos nervosos; (b) organofosforados: compostos orgânicos derivados do ácido fosfórico, do ácido tiofosfórico ou do ácido ditiofosfórico, agiam no ser humano como inibidores da enzima colinesterase, impedindo a atuação desta sobre a acetilcolina, provocando sérias consequências nos organismos animais; (c) carbamatos: considerados de toxicidade aguda média, não se acumulavam nos tecidos gordurosos e sua degradação ocorria rapidamente, atuando na inibição da ação da colinesterase na transmissão dos impulsos nervosos cerebrais e tinha efeito altamente cancerígeno; e (d) piretroides: compostos sintéticos que apresentavam estruturas semelhantes à piretrina, substância existente nas flores do *Chrysanthemum* (*Pyrethrum*) *cinerariifolium*, atuavam no ser humano no sistema nervoso central e periférico, interagindo com os canais de sódio.²²

Conforme Araújo et al. (2007), as implicações dos agrotóxicos à saúde estavam relacionadas às suas características químicas, à quantidade absorvida ou ingerida, ao tempo de exposição e às condições gerais de saúde da pessoa contaminada. O trabalhador rural, por estar diretamente e diariamente exposto aos fatores de riscos associados ao uso dos venenos, estava vulnerável a intoxicações, a problemas respiratórios e gastrintestinais, distúrbios

musculares, debilidade motora, fraqueza, náuseas, alterações neurológicas, dentre outros.²²

Elevados registros sobre os níveis de contaminação humana e ambiental foram encontrados em regiões agrícolas no Brasil, identificando como fatores para essa estatística a ampla utilização, o desrespeito às normas de segurança, a livre comercialização e a pressão exercida pelas empresas distribuidoras e produtoras. Faria et al. (2004) relataram que os principais fatores ocupacionais que evidenciaram um risco aumentado para intoxicações eram aplicar agrotóxicos, reentrar na cultura após aplicação, usar equipamentos para trabalho com agrotóxicos mais que dez dias por mês e trabalhar com agrotóxicos em mais de uma propriedade. Keifer e Mahurin (1997) observaram que as conseqüências neurotóxicas de uma exposição aguda de alto nível estariam associadas a uma série de sintomas e defeitos na conduta neurológica e anormalidades na função nervosa. Os sintomas neurológicos menos severos incluíam dor de cabeça, tontura, náusea, vômito e excessivo suor, e os mais perigosos eram o desenvolvimento de fraqueza muscular e bronquiespasmos, podendo progredir para convulsões e coma.²³

Constatou-se, entretanto, que o consumo de agrotóxicos, no Brasil, continuou crescendo, e segundo o Anuário do Agronegócio 2010, as indústrias produtoras dos chamados “defensivos agrícolas” tiveram uma receita líquida de cerca de 15 bilhões de reais e que o Brasil, em 2009 alcançou mais uma vez o primeiro lugar no ranking mundial de consumo de agrotóxicos, com um acréscimo de 190% na produção. As maiores empresas que controlavam esse mercado eram multinacionais instaladas no Brasil e 22% das produtoras de agrotóxicos estavam instaladas na América Latina, sendo 19% no Brasil, que se destacava, vergonhosamente, como o maior mercado de agrotóxicos do mundo, seguido pelos EUA.²²

O lançamento da Campanha Permanente Contra os Agrotóxicos e Pela Vida, no dia Mundial da Saúde, em abril de 2011, teve a formação de Comitês Populares e com participação de todos os estados brasileiros, cuja bandeira de luta era a eliminação definitiva, em 2012, dos agrotóxicos já proibidos em outros países (Augusto et al., 2012)²²

Vários outros produtos químicos, que tiveram sua toxidez comprovada cientificamente e eram proibidos em muitos países, continuaram sendo utilizados no Brasil. Conforme dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), “dos 50 agrotóxicos mais utilizados nas lavouras de nosso país, 22 eram proibidos na União Europeia” (Carneiro et al., 2012). e essa prática conferiu ao Brasil, o título de maior consumidor de agrotóxicos já banidos por outros países.²² Estudos desenvolvidos por Fagundes *et al* (2011), expuseram os danos que estas substâncias químicas provocavam ao ser humano, mais especificamente ao trabalhador rural e associavam a contaminação ao manuseio e uso inadequado. Eles enfatizaram a exigência das indústrias por uma superprodução, fato que gerava a necessidade do trabalhador obter resultados rápidos e cultivar produtos agrícolas livres da presença de qualquer agressor que viesse a pôr em risco a produção. Os autores afirmaram, ainda, que a existência de um alto índice de analfabetismo e de baixa escolaridade desses trabalhadores, associada a uma precariedade dos mecanismos de vigilância e à falta de fiscalização necessária para estabelecer a obrigatoriedade do uso de equipamentos adequados, intensificaram os riscos de contaminação.²²

Pesquisa realizada por Amr et al. (1997) junto a trabalhadores rurais aplicadores e formuladores de agrotóxicos, encontrou resultados que enfatizaram a “alta frequência de distúrbios psiquiátricos nos grupos expostos, confirmando alguns diagnósticos de neurose depressiva, cujos sintomas mais freqüentes eram a irritabilidade e a disfunção erétil”. Também as pesquisas de Yousefi (1999) sinalizaram uma forte associação entre a intoxicação por agrotóxicos e distúrbios mentais em populações expostas. Outros estudos (Furtado, 1998; Pickett et al., 1998 e Conger, 199) focalizaram mais especificamente a associação entre esta exposição e a ocorrência de numerosos casos de suicídio entre agricultores (Levigard, 2001).⁴

Diante do uso intenso e difuso dos agrotóxicos no Brasil, foi possível considerar que a maior parte da população esteve exposta a eles de alguma forma. Os trabalhadores, certamente foram os que entraram em contato mais direto com estes produtos, e por maior tempo, bem como as comunidades

situadas em torno de empreendimentos agrícolas e industriais e os consumidores de alimentos, em que estava incluída praticamente toda a população. A agricultura brasileira se desenvolveu em um cenário econômico, social, ideológico e cultural caracterizado pela intensa concentração fundiária, pelo ganho de produtividade, pela incorporação de tecnologias com grande impacto sobre a saúde humana e ambiental e pelo crescimento das exportações e do agronegócio (Silva, et al., (2005).²⁴

Segundo Cassal (2014), se os pesticidas fossem usados corretamente, causariam pouco impacto adverso no meio ambiente, entretanto, quando utilizado indiscriminadamente, sem as devidas precauções e cuidados em relação a manipulação, produção, estocagem e destino final, colocavam em risco não só o meio ambiente, mas também a saúde das pessoas que de alguma forma entravam em contato com tais produtos.²³

De acordo com estudos realizados, várias patologias podem advir do uso de agrotóxicos, onde Bertucci Filho (2006) relacionou casos de doença de Parkinson ao uso de agrotóxicos e afirmou que a exposição a pesticidas aumentou em 70% o risco de desenvolver a referida doença. A constatação de que os agrotóxicos, em especial os organoclorados, organofosforados e carbamatos, ocasionavam danos significativos à saúde neurológica e em vários órgãos e sistemas daqueles que manuseiavam estes produtos constituiu-se justificativa para uma maior conscientização dos fatores de riscos decorrentes do uso prolongado dos agrotóxicos.²²

As intoxicações exógenas por agrotóxicos como um grande problema de saúde pública principalmente em países subdesenvolvidos, foram geradas pelo aumento da utilização de agrotóxicos devido a maior flexibilidade da legislação e regulamentação nesses países, conforme destaca Rebelo et al. (2011). De um modo geral, os países desenvolvidos possuíam uma legislação mais rigorosa e punitiva, em relação ao manejo e circulação dos agrotóxicos em seus territórios, o que não era visto em países em desenvolvimento onde as atividades de fiscalização eram ainda precárias e necessitavam de maior incentivo por parte dos governantes (Miranda et al. 2007).¹⁵

No Brasil, os casos de intoxicação por agrotóxicos apresentaram grande subnotificação e descentralização de informações, decorrentes de fatores diversos: dificuldade de acesso dos agricultores às unidades de saúde, inexistência de centros de saúde em regiões produtoras importantes, dificuldade de diagnóstico e de relacionar os problemas de saúde com a exposição a agrotóxicos, escassez de laboratórios de monitoramento biológico e inexistência de biomarcadores precoces e/ou confiáveis. Para Menezes (2006) apesar das deficiências de registro, o Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológica - SINITOX e o Sistema Nacional de Informação de Agravos Notificáveis - SINAN representaram neste contexto uma referência importante.²³

O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) notificou, no período de 1999 a 2009, cerca de 62 mil intoxicações por agrotóxicos de uso agrícola. A partir desses dados, concluiu-se que foram constatadas em torno de 5.600 intoxicações por ano no país, o que correspondeu a uma média de 15,5 intoxicações diárias, ou uma a cada 90 minutos por ingestão de alimentos ou água contaminada.²²

O fortalecimento da Vigilância em Saúde aparecia como um caminho possível de ser traçado para dirimir as ações de vigilância de populações expostas a agrotóxicos e com isso reduzir o número de pessoas intoxicadas por essas substâncias. Por outro lado, facilita a notificação e registros dos casos de intoxicações, devido à proximidade da população com os serviços de saúde da Atenção Básica. O desafio é fomentar as ações de promoção da saúde e prevenção de intoxicações, junto aos estados e municípios com maior presença de populações expostas a utilização de agrotóxicos no Brasil.

Os desafios se agigantaram, segundo Faria (2012) mas, diante da dimensão dos riscos da intensa exposição aos agrotóxicos, deveriam ser definidas prioridades e estratégias de ação. Sugeriu uma agenda política voltada para o desenvolvimento sustentável com uma integração com os vários setores de saúde coletiva, de educação e agrícola, para que assim se buscasse formas de proteger a saúde dos trabalhadores rurais, o meio ambiente e a população brasileira em si. Relembrou a importância da

notificação através do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN) e a contribuição da inserção da mesma em notificação compulsória em todos os serviços de saúde. Entretanto, relatou a importância de um trabalho de educação continuada com as Estratégias de Saúde da Família (ESF), em especial as da zona rural, para melhor identificação e cuidados de uma forma silenciosa, perpetrada pelo capital internacional oligopolista. casos de intoxicação por agrotóxicos. Destacou, ainda, a fundamental importância do setor da educação, como orientador de trabalhos educativos nas escolas urbanas e rurais, visando à prevenção dos casos.²² E a recomendação da melhoria da vigilância de saúde do trabalhador, principalmente a de populações expostas a agrotóxicos e outros contaminantes químicos.¹⁵

No intuito de minimizar os problemas, fruto da utilização indiscriminada de agrotóxicos no país, o Ministério da Saúde resolveu em 2012 propor uma ajuda financeira as 27 unidades da federação, ao fazer um repasse de R\$ 22.700.000,00 (vinte e dois milhões e setecentos mil reais), conforme o decreto de lei e Portaria nº 2.938 do Ministério da Saúde de 20 de dezembro de 2012, objetivando incentivar e fortalecer as Vigilâncias em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos dos Estados e do Distrito Federal, variando entre 600.000,00 e 1.000.000,00 (seiscentos mil e um milhão), a depender dos problemas ambientais e de saúde pública de cada Estado resultados da contaminação provocada pelos agrotóxicos.¹⁵

Do exposto, ficou evidente que ocorreu um avanço tecnológico em relação ao aumento da produtividade através de técnicas diversas, entretanto, este não esteve acompanhado da implantação de programas políticos e sociais destinados a preparar o homem do campo para vivenciar este momento atual. Quanto à legislação brasileira de agrotóxicos, evoluída, exigente e restritiva, tratou-se de um documento que, cautelosamente, cuidou da necessidade de comprovação de eficiência agrônômica, garantindo a redução dos perigos à saúde do ser humano e o arrefecimento dos impactos ao meio ambiente, provenientes dos resíduos tóxicos. No entanto, através da leitura e análise das contribuições literárias que abordavam os fatores de riscos à exposição dos trabalhadores rurais aos agrotóxicos e com o objetivo de avaliar os aspectos

que potencializaram a contaminação oriunda do seu manuseio, evidenciou-se que, a despeito da existência de regulamentações rígidas, o Brasil continuava sendo um dos maiores consumidores mundiais de agrotóxicos e os riscos da exposição humana a esses contaminantes na água, no solo e no ar são uma realidade comprovadas em diversos estudos.²²

CAPÍTULO 4 - O CONTEXTO DA CULTURA DO TABACO

A origem do tabaco permaneceu obscura à luz da pesquisa e da história, e de acordo com Sefrini (1995), Cristóvão Colombo testemunhou o hábito de fumar folhas de tabaco, evidenciando sua presença na América bem antes da chegada dos europeus, à época dos descobrimentos. A hipótese mais provável apontou o surgimento da planta nos vales orientais dos Andes bolivianos, difundindo-se pelo território brasileiro, através das migrações indígenas, sobretudo dos tupis-guaranis, onde a cultura se estabeleceu e com o decorrer dos tempos, para a garantia uma folha de boa qualidade, a produção passou a exigir o uso intensivo de agrotóxicos.²⁵

As atividades de produção e comercialização de tabaco e seus derivados estenderam-se por mais de 50 países, e visando aumentar e melhorar a produção do tabaco para atender às necessidades dos mercados em outros países e obter custos de produção cada vez menores, a indústria do tabaco encorajou países e agricultores a cultivarem o tabaco, sobretudo em países em desenvolvimento. Com esta estratégia, a produção de tabaco no mundo cresceu 59% entre 1975 e 1997, e por ordem de magnitude da produção, os principais produtores de tabaco no mundo eram a China, o Brasil, a Índia, os EUA e a Indonésia. Somente esses países eram responsáveis por aproximadamente 70% da produção mundial de tabaco.²⁶

No Brasil, existiu clima de grande euforia por parte de alguns segmentos ligados à cadeia produtiva do tabaco, porque o país ocupava um lugar de destaque no mercado mundial, figurando como o segundo maior produtor e o maior exportador de folhas de tabaco. A posição alcançada pelo Brasil no mercado mundial de folhas de tabaco se deveu a diferentes fatores como: os reduzidos custos internos de sua produção, devido ao emprego de fumicultores e suas famílias na produção resultando em menores gastos com salários, a não mecanização da lavoura que fornecia uma melhor qualidade ao produto, pois recebia maiores cuidados manuais que o tabaco produzido no processo mecanizado.²⁶

A região Sul concentrou a maior produção de tabaco nacional, produzindo em 2007 cerca de 880 mil toneladas de tabaco, representando 96,9% do total da produção brasileira. Todos os estados do Sul eram produtores, destacando-se o Rio Grande do Sul, responsável por 52,2% do total produzido no Brasil naquela safra. Santa Catarina ocupava o segundo lugar na produção brasileira e respondeu com 27,4% do total produzido e, finalmente, o Paraná que respondeu com 17,2%. Os demais estados brasileiros (Alagoas, Bahia, Sergipe, localizados na região Nordeste e outros) produziram 27 mil toneladas, o equivalente a 3,0% do total produzido no Brasil.²⁶

A fumicultura alagoana caracterizou-se pela forte presença e participação de grandes produtores, porém, todos os produtores eram independentes e somente alguns tinham acordos com empresas pela parte do fumo que negociam em folha. Em Alagoas, mais de 21 mil empregos eram relacionados ao setor e 39 mil induzidos por ele. Quase 132 mil pessoas viviam do cultivo do tabaco e 172 mil se beneficiavam dele. Totalizavam-se assim, 60.371 empregos e 303.305 pessoas que representavam quase 80% da população dos municípios fumageiros. Quem vivia na região de Arapiraca não estranhava essa percentagem, pois todo mundo tinha um vínculo, mesmo que ténue, com a atividade fumageira. A região fumageira de Alagoas, formada por uma microrregião, tinha o município de Arapiraca figurando como principal produtor, seguido pelos municípios de Campo Grande, Coité do Nória, Craíbas, Feira Grande, Girau do Ponciano, Lagoa da Canoa, Limoeiro de Anadia, São Sebastião, Taquarana.²⁶

Em 1982, a área plantada chegou a 60 mil ha, reduzindo-se para pouco mais de 20 mil ha no final dos anos 80, e em 2003, a área cultivada foi de 9,4 mil ha, com uma produção de 8,7 mil toneladas. Estudos sobre exposição e contaminação por agrotóxicos na fumicultura indicaram que grande parte dos agricultores sofre ou já sofreu algum episódio de intoxicação, crônica ou aguda pela exposição a essas substâncias, se tratando de uma questão de saúde pública. Agricultores do município de Arapiraca apresentaram um risco de morte por suicídio de aproximadamente seis vezes maior em comparação com a população do Estado de Alagoas. Os sintomas mais apontados pelos

agricultores que cultivavam o tabaco eram dores de cabeça, tonturas, mal-estar, abalos musculares, vômitos, salivação e perda de apetite.²⁶

O adoecimento relacionado aos modos de produção entre trabalhadores rurais plantadores de tabaco no Brasil, pouco documentado na literatura, foi identificado a partir de estudos internacionais e nacionais, destacando a Doença da Folha Verde do Tabaco (DFVT), doenças respiratórias e intoxicações por agrotóxicos e decorrentes de outros agravos, como acidentes de trabalho de trabalho, especialmente por quedas. O cultivo do tabaco destacou-se também pelo trabalho árduo e pela aplicação de grande volume e variedade de agrotóxicos utilizados em diferentes fases do plantio, como por exemplo, fungicidas, acaricidas, herbicidas e inseticidas, especialmente do tipo organofosforados, do semeio à colheita, com o uso desses produtos acarretando diversos problemas para a saúde humana.²⁷

No cultivo do tabaco os agrotóxicos eram aplicados manualmente ou usando pulverizadores *back-pack*, um tipo de bolsa de acrílico carregada nas costas, e essa aplicação quando combinada com a falta de equipamentos de proteção, tais como vestimentas impermeáveis, máscaras, luvas, e botas, levava à exposição de doses concentradas que podiam ser absorvidas por via oral, dérmica e inalação.²⁷

Neste aspecto o uso de pesticidas em larga escala para o beneficiamento da folha acabou por provocar danos à saúde dos agricultores e de suas famílias, como intoxicações agudas e incapacidade para o trabalho, danos ao ecossistema com a contaminação dos alimentos, do solo, da fauna, dos rios além de desmatamento e perda de biodiversidade. Embora a indústria do tabaco, se apresentasse como atividade setorial geradora de riqueza, desenvolvimento e emprego para o Brasil, o mesmo não se pôde dizer que os benefícios sociais dessa inserção se traduziram em melhor qualidade de vida e saúde para os indivíduos envolvidos na produção agrícola, que se constituíram no elo mais vulnerável da cadeia produtiva.²⁸

Segundo Glantz et al. (1996) a saúde dos agricultores que cultivavam o tabaco e das famílias, era sistematicamente agredida de diversas formas, com maior ênfase pelo uso de agrotóxicos, pelo contato direto com a planta úmida,

que liberava nicotina, e era absorvida pela epiderme, pelo cheiro das folhas durante a secagem nas estufas. Verificou-se ainda, entre fumicultores, um maior risco de desenvolvimento de alterações neurocomportamentais as quais podem evoluir para um quadro de depressão e até de suicídio.²⁵

Os agricultores acometidos por doenças e agravos causados pelo cultivo do tabaco, ainda que sem muitas informações técnicas ou científicas sobre seu processo de trabalho e as consequências para a saúde, estabeleciam relação clara entre esta atividade e o adoecimento. No entanto, não foi relatado pela maioria das famílias preocupação em relação a piora do estado de saúde a longo prazo ou perspectivas de manterem as condições para o trabalho futuramente. Para os representantes de organizações da sociedade, devido à sua origem ou proximidade com a agricultura, já presenciaram ou ouviram relatos de intoxicações acidentais relacionados uso de agrotóxico. Essas são recorrentes do não uso ou do uso inadequado dos EPI, por várias alegações, como, “não gostar de usar” ou “por atrapalhar o trabalho”. Como consequência da exposição aos agrotóxicos, os trabalhadores acreditavam, pelas suas observações e vivências, muitos casos de depressão eram registrados: “as casas de saúde mental estão lotadas de gente por causa de depressão”.²⁷

Um estudo realizado por Schoenhals et al, (2009), apresentou fortes indícios de uma relação entre a utilização de pesticidas organofosforados na fumicultura e o aumento das taxas de suicídio em Venâncio Aires, município localizado no Estado do Rio Grande do Sul e um dos maiores produtores de tabaco em folha da região, onde se sobressaiu como uma das observações mais marcantes deste estudo o fato de que mais de 80% dos suicídios no município ocorreram entre pessoas que lidavam com a agricultura. O estudo também apontou para o fato de que em 1995, o coeficiente de suicídio quase que duplicou em relação aos dois anos anteriores, paralelamente à intensificação do uso de agrotóxicos na lavoura, que passou dos habituais 50 a 60 kg/ha para cerca de 100 kg/ha, uma vez que naquele ano houve um excessivo número de pragas em consequência da seca e de outros fatores (Falk et al., 1996).²⁵

A utilização de agrotóxicos no cultivo do tabaco tornou esta tarefa uma das mais perigosas ocupações na atualidade, e dentre os vários riscos ocupacionais, destacaram-se as intoxicações agudas, doenças crônicas, problemas reprodutivos e danos ambientais. Uma das principais causas de insatisfação e de busca por alternativas entre os fumicultores referiu-se à percepção que possuíam dos riscos a que se submetiam devido à intoxicação por uso de agrotóxicos.²⁶

Estudos realizados nas regiões fumicultoras do Brasil demonstraram uma forte associação entre o aparecimento de problemas de saúde em agricultores e cultivo de tabaco, gerados pela utilização de agrotóxicos e pelas condições de trabalho que influenciaram negativamente o estado biopsíquico dos fumicultores e de suas famílias. No início dos anos 90, os produtores de tabaco brasileiros aplicavam entre 5,5 a 6 kg de agrotóxicos por hectare, avançando na atualidade para uma média de 2,2 kg/ha e apesar de ter sido verificada significativa a redução, a quantidade de produtos disponíveis para a comercialização ainda se apresentava bastante elevada.²⁶

Estudos sobre a exposição e contaminação por agrotóxicos na fumicultura indicaram que grande parte dos agricultores sofre ou já sofreu algum episódio de intoxicação, crônica ou aguda pela exposição a essas substâncias. Então, quando passamos a focalizar o plano dos riscos que enfrentavam os produtores com os agrotóxicos utilizados no cultivo e tratamento das folhas de tabaco, deveríamos observar que se trata de uma questão de saúde pública.²⁶

O cumprimento da lei criada pela Portaria GM/MS n. 1.679, de 2002, que instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), e implementar ações de saúde do trabalhador no SUS foi assumido como um grande desafio identificado pelos autores, com destaque para o despreparo dos profissionais para cuidar da saúde, considerando a inserção dos trabalhadores nos processos produtivos, devido à ausência da temática na graduação e, posteriormente, nos processos de educação permanente em saúde.²⁷

Além disso, as ações intersetoriais quanto à fiscalização dos ambientes e das condições de trabalho e a promoção de novas alternativas ao rompimento com atividades desencadeadoras de adoecimento ainda se constituíam entraves para uma atenção integral ao trabalhador. Seria preciso uma aproximação do Estado, através de agentes da agricultura e da saúde e de outros setores do Poder Público, dos agricultores e de organizações da sociedade civil para discutir, apontar e desenvolver ações intersetoriais e incentivar alternativas ao cultivo do tabaco. Por se tratar de um grupo vulnerável, negligenciado historicamente pelas políticas públicas do trabalho, agricultura e da saúde, ou quando desenvolvidas, com forte inclinação assistencialista, apontou-se para a necessidade de se pensar em estratégias coletivas de intervenção que incluíssem os trabalhadores rurais e suas famílias em ações e práticas de proteção e promoção da saúde e no planejamento e implementação de formas viáveis de reprodução física e social.²⁷

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

5 – METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de série histórica, que buscou caracterizar o perfil epidemiológico e verificar a possível associação entre a exposição aos agrotóxicos e a prática de suicídio em Arapiraca, município do Estado de Alagoas, situado na região do Agreste, distante cerca de 130 km da capital, Maceió, possuindo como base econômica a agricultura do tabaco, diversificando nos últimos anos, com a expansão da hortifruticultura, culturas que favoreceram a larga e indiscriminada utilização de agrotóxicos.

Os dados de óbitos por suicídio foram coletados através do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca, com códigos de X60 a X84 do Capítulo XX da 10ª Classificação Internacional de Doenças – CID-10. Foram disponibilizados os dados dos óbitos ocorridos no período de 2007 a 2013, contemplando as variáveis essenciais como: sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, raça/cor, ocupação, endereço, bairro de residência, zona de residência, mês da ocorrência, local da ocorrência, causa básica de morte, que subsidiaram o preenchimento do questionário estruturado com perguntas objetivas. As variáveis dependentes (coeficiente de mortalidade) e independentes (sexo, faixa etária e ocupação) serão as de maior ênfase na realização do estudo. Os dados de população foram obtidos a partir do site do DATASUS/MS, de 2007 a 2012, último ano com informações de população, onde no ano de 2013 calculamos utilizando por base a população do ano anterior. Foi realizada distribuição de frequências absoluta e relativa, para variáveis categóricas e médias para variáveis quantitativas, utilizando o Programa Excel para a construção de relatórios, tabelas e gráficos.

O estudo tem por objetivo determinar a mortalidade por suicídio na população do município de Arapiraca-AL, no período de 2007 a 2013, caracterizar o perfil epidemiológico e verificar a existência da associação entre a exposição a agrotóxicos e o suicídio.

5.1 – PARTICIPANTES

A amostra escolhida para o desenvolvimento da pesquisa foi constituída por 100% pessoas que entraram em óbito por suicídio, conforme códigos compreendidos entre X60 e X84 do capítulo XX, da 10ª Classificação Internacional de Doenças – CID-10, residentes no município de Arapiraca – Alagoas, no período de 2007 a 2013. A princípio estabelecemos realizar o estudo de 2006 a 2013, porém a área técnica da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca, responsável pelo Sistema de Informação disponibilizou dados apenas para os anos de 2007 a 2013, com a justificativa de que o banco de dados de 2006 apresentou inconsistências e não tinha condições de ser trabalhado.

Assim, os dados referentes aos óbitos foram coletados do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca, através de relatórios do aplicativo TABWIN, gerados em base Excel.

5.2 - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ESPACIAL DA AMOSTRA

No período de 2007 a 2013 foram registrados 76 óbitos no SIM, com uma média anual em torno de 11 óbitos, variando de 7 a 14 mortes, o que corresponde aproximadamente a um óbito por mês. Foram identificados 59 óbitos ocorridos em pessoas do sexo masculino e 17 do sexo feminino, o que representa um percentual respectivamente de 77,6% e 22,4%. Em relação à faixa etária, foram registrados óbitos de pessoas de 10 a 80 anos, com maior incidência na faixa de 20 a 29 anos com 31,6% dos óbitos, seguidos dos óbitos de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos com 18,4% cada. Os idosos, com idade superior a 60 anos perfizeram 11% do total de óbitos. Chama a atenção um óbito com idade ignorada, (1,4%), o que representa uma inconsistência na emissão do relatório, pois trata-se de campo obrigatório de preenchimento e de digitação. A maioria das pessoas que foram a óbito eram solteiras com 52,6% do total, 22,4% eram casados e 17,2% tiveram informação ignorada. Relativamente a escolaridade 19,7% frequentaram entre 4 a 7 anos de estudo

o que corresponde ao ensino fundamental, 9,2% com ensino médio, com 8 a 11 anos de estudo. Ressaltamos 63,2% dos óbitos com informação de escolaridade ignorada na Declaração de Óbito. A raça parda foi a de maior incidência, com 73,7% dos falecidos, os brancos somaram 15,7% e ainda se verificou 9,2% de informação ignorada. (conforme Tabela 1)

TABELA 1- Características sociodemográficas do total de falecidos por suicídio. Arapiraca-AL, 2007 a 2013.

Perfil sociodemográfico		n*	%
Sexo	Masculino	59	77,6
	Feminino	17	22,4
Faixa Etária	10 a 14 anos	3	3,9
	15 a 19 anos	7	9,2
	20 a 29 anos	24	31,6
	30 a 39 anos	14	18,4
	40 a 49 anos	14	18,4
	50 a 59 anos	5	6,6
	60 e + anos	8	10,5
	Ignorada	1	1,4
Estado Civil	Solteiro	40	52,6
	Casado	17	22,4
	Viúvo	3	3,9
	Separado	3	3,9
	Ignorado	13	17,2
Escolaridade	Nenhuma	1	1,4
	De 1 a 3 anos	3	3,9
	De 4 a 7 anos	15	19,7
	De 8 a 11 anos	7	9,2
	De 12 e + anos	2	2,6
	Ignorada	48	63,2
Raça	Branca	12	15,7
	Amarelo	1	1,4
	Parda	56	73,7
	Ignorada	7	9,2

Fonte: SIM/SMS/Arapiraca/2014.

Os meses de maior registro de óbitos no período estudado foi setembro com 14%, novembro com 12%, seguido de julho com 10%. O mês de menor

percentual de falecidos foi fevereiro com apenas um óbitos correspondendo a 2% (conforme Tabela 2).

TABELA 2 – Óbitos por suicídio segundo mês de falecimento. Arapiraca-AL, 2007 a 2013.

Anos Meses	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2007	2	0	1	2	0	1	0	0	3	0	2	0	11
2008	2	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	10
2009	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	2	1	7
2010	0	0	1	0	1	0	3	1	4	2	1	1	14
2011	2	0	1	0	1	1	1	0	2	2	0	2	12
2012	0	0	0	2	1	1	0	1	0	1	1	1	8
2013	0	0	2	0	3	2	2	0	2	1	2	0	14
Total	7	1	5	4	7	7	8	4	11	7	9	6	76

Fonte: SIM/SMS/Arapiraca/2014.

A maioria dos casos residiam em zona urbana do município com 75% e 25% na zona rural. O bairro da zona urbana com maior registro de casos foi o bairro Brasília, considerado um dos bairros mais populosos do município, com cerca de 14.737 habitantes (IBGE, 2010) e 10 óbitos no período, seguido de Jardim Planalto com 6 óbitos, o que corresponde a 13% e 7% respectivamente.

A ocupação da grande maioria dos óbitos com 34,2% dos casos eram trabalhadores da agricultura, seguido de estudantes com 11,8% e donas de casa com 10,5%. No campo ocupação o número de casos com informação ignorada alcançou 10,5%.

TABELA 3 – Óbitos por suicídio, segundo ocupação. Arapiraca – AL, 2007 a 2013.

Ocupação	Nº de óbitos	%
Trabalhador Agricultura	26	34,2
Estudante	9	11,8

Dona de casa	8	10,5
Representante Comercial	7	9,2
Pedreiro	4	5,2
Motociclista	2	2,7
Servente de Pedreiro	2	2,7
Ajustador Mecânico	2	2,7
Borracheiro	2	2,7
Cabelereiro	1	1,3
Vigilante	1	1,3
Porteiro	1	1,3
Artesão	1	1,3
Motorista	1	1,3
Aposentado	1	1,3
Ignorado	8	10,5

Fonte: SIM/SMS/Arapiraca/2014

O principal meio utilizado para a prática do suicídio foi a utilização de enforcamento, com 41 óbitos (54%), seguido pela auto-intoxicação intencional a pesticidas, com 22 óbitos (29%) e 6 por uso de medicamentos (8%). O meio mais utilizado pelos homens foi o enforcamento com 35 óbitos (46%) e pelas mulheres foi o uso intencional de pesticidas com 10 óbitos (13,1%) (conforme Tabela 4).

TABELA 4 – Óbitos por suicídio, segundo meio utilizado para o suicídio. Arapiraca – AL, 2007 a 2013.

Meio Utilizado para o Suicídio	Total	%
Medicamentos	6	7,9
Pesticidas	22	29
Enforcamento	41	54
Arma de Fogo	3	3,9
Arma Branca	1	1,3
Outros	3	3,9

Fonte: SIM/SMS/Arapiraca/2014

5.3 - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Arapiraca, município do Estado de Alagoas situado na região do Agreste, distante cerca de 130 km da capital, Maceió, possui localização geográfica privilegiada interligando as demais regiões geoeconômicas do Estado estando a maior parte da cidade situada numa vasta planície, com uma altitude de 248m acima do nível do mar, distribuída numa área de 366,5 km², com um clima que varia de úmido a seco, com precipitação irregular de chuvas e temperatura média variando entre 36,2°C, e a mínima, a 21,8°C. (SMS, 2012).³⁸

Segundo o documento “Análise Situacional de 2012” disponibilizado pela SMS de Arapiraca, o município possuía uma população de 218.140 habitantes, (estimativa 2011/2012 DATASUS/IBGE), sendo 184.983 hab. na zona urbana (84,8%), e 33.157 hab. na zona rural (15,2%). Segundo dados a população dividia-se em 103.852 indivíduos do sexo masculino, e 114.288 indivíduos do sexo feminino. Possuía densidade demográfica de 606,75 habitantes/Km², e uma área de 356,17 Km², com localização geográfica privilegiada, pois interligava as demais regiões econômicas do Estado, e caracterizava-se como polo de abastecimento agropecuário, comercial, industrial e de serviços.

Observando a distribuição da população por grupos etários, demonstrada, com dados do DATASUS-IBGE 2011/2012 evidenciaram uma proporção maior da população nas faixas etárias de 20 a 29 anos (18,7%), seguida da faixa etária de 30 a 39 anos (15,0%). A proporção de idosos neste ano foi de 9,2%. Na faixa etária de adolescentes 10 a 19 anos de idade, chamou a atenção da grande proporção desta população que chegou a 20,0% da população total.

A Taxa de Fecundidade Total do Município de Arapiraca se apresentou com 1,92 filhos/mulheres, e Taxa Específica de Fecundidade de 0,052. Quando analisada segundo faixa etária, as maiores taxas estavam no grupo de 20 a 24 anos de idade, seguido pelo de 25 a 29 anos, e o índice de envelhecimento, que expressava o número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado correspondeu a 33,3% dos idosos em relação aos jovens na população residente.

A Taxa de Alfabetização que representa o percentual de pessoas com 10 e mais anos de idade alfabetizadas na população residente no ano considerado, alcançou no município de Arapiraca-AL uma taxa de 73,0%. No sexo masculino foi encontrada uma taxa de 71,3%, e no feminino 74,7%, mostrando que no município as mulheres possuíam um grau de alfabetização maior que os homens (Fonte: IBGE/2010).

A razão de dependência que mede a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva, foi na ordem de 57,9% (DATASUS/IBGE/2010). . Valores elevados indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes, o que significa consideráveis encargos assistenciais para a sociedade.

Quanto aos indicadores socioeconômicos destacaram-se a Renda per capita e PIB a preços correntes. A renda per capita de Arapiraca, e o PIB, se apresentaram com respectivamente, R\$ 444,51 e R\$ 7.880,34, conferindo ao município o melhor Índice de Desenvolvimento Humano - IDH da região. As atividades econômicas de destaque foram o comércio, serviços e agropecuária. (SMS, 2013).³⁸

De acordo com dados disponibilizados pelo IBGE em 2010, Arapiraca apresentou uma frequência de residências com abastecimento de água pela rede pública de 81%. Com relação as moradias particulares permanentes com energia, possuía cobertura de 99,4%. O Município apresentava 91,3% de domicílios com coleta de lixo. Com relação ao destino das fezes e urina, possuía quantidade de domicílios com fossas sépticas de 8,5%, em relação a quantidade de fossas rudimentares 88,6%, e apresentava 10,5% dos domicílios com destino de suas fezes e urina na rede geral de esgoto ou pluvial. (SMS, 2013).³⁸

Apresentou uma taxa bruta de natalidade de 1,74% e dos 3.823 nascidos vivos, 1.431 nasceram de parto vaginal, que representou 37,4% do total de partos em 2012, 2.353 recém-nascidos, nasceram de parto cesáreo, o equivalente a 61,6%. (SMS, 2013).³⁸

Com relação a morbidade, variável característica das comunidades de seres vivos, que refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo, o município apresenta área endêmica (área com a ocorrência de casos da enfermidade em níveis esperados) para Dengue, Chagas, Esquistossomose e Leishmaniose Visceral, e área de vigilância (área sem caso ou com casos esporádicos que necessita de vigilância ininterrupta) em Leishmaniose Tegumentar e Peste. Com relação as doenças transmissíveis, a Hanseníase, em 2012 apresentou uma taxa de detecção de 29,3/100.000 habitantes, a mais alta dos últimos oito anos. E foram notificados 65 casos de todas as formas de Tuberculose, dos quais 35 (54%) foram do tipo Bacilífero, a forma mais grave de transmissão. Neste mesmo ano foram notificados 6 casos de sífilis congênita, o que representou uma taxa de incidência de 1,6 por 1.000 nascidos vivos. Analisando a série histórica do município foi visualizada uma tendência significativa de crescimento da incidência no município. Foram diagnosticados 18 novos casos de AIDS em adultos, o que representou uma Taxa de Incidência de 8,2 casos por 100.000 habitantes e 5 casos de gestantes HIV positivo, onde todas receberam Antirretroviral durante o pré-natal. Confirmou ainda 09 casos de Hepatites Virais. Dentre os casos, 22,2% foram causados pelo vírus A (2 casos), 44,5% pelo B (4 casos) e 33,3% pelo C (3 casos). (SMS,2013)³⁸

Com relação à morbidade hospitalar, em 2012 foram realizadas 14.152 internações na rede do SUS. Destas, a maior proporção 25,3% esteve relacionada com a gravidez, parto e puerpério (3.576), seguidas das hospitalizações por Doenças do Aparelho Respiratório com 20,3% (2.144), das Doenças Infecciosas e Parasitárias com 18,1% (2.024), das Doenças do Aparelho Circulatório com 12,0% (1.270), das Causas Externas com 11,5% (1.219), e das Doenças do Aparelho Digestivo com 8,3% (878). (SMS,2013).³⁸

A mortalidade do município, nos últimos cinco anos teve como causas de óbitos mais frequentes dentre os 4.917 óbitos, aquelas codificadas no Capítulo IX. Doenças do Aparelho Circulatório com 1.443 óbitos (29,3%), seguida do Capítulo XX. Causas Externas com 1.317 óbitos (26,8%), e as do

Capítulo II. Neoplasias (Tumores) com 405 óbitos (8,2%), o que significa 64,4% dos óbitos informados no período. (SMS,2013).³⁸

A taxa de mortalidade infantil do município de Arapiraca, no ano de 2012, ficou na ordem de 13,73/1.000 NV, com 52 óbitos, sendo 24 óbitos em menores de 7 dias, 9 óbitos entre 7 e 27 dias e 19 óbitos de crianças de 28 dias a < 01 ano. Ressaltamos que o município, ao longo dos últimos anos apresentou uma taxa abaixo de 20 óbitos infantis para cada 1.000 nascidos vivos, e que em 2012, apresentou a menor taxa de todos os tempos, com 13,73/1.000 NV atestando o enfoque dado à implementação das ações da atenção básica, com incremento no número de equipes para atuar na estratégia de saúde da família, a implantação de leitos de UTI e UCI em duas unidades hospitalares de Arapiraca, bem como a implantação do Comitê de Prevenção e Redução da Mortalidade Materna e Infantil, em março de 2008.

A razão de mortalidade materna para o município de Arapiraca – AL, situou-se no período de 2008 a 2012, entre 50,00 e 122,55 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Valores elevados podem estar retratando os esforços realizados, para melhorar a qualidade da informação, o que pode justificar a grande oscilação entre 2008 e 2012. Essa oscilação pode estar relacionada também com os pequenos números envolvidos.(SMS,2013).³⁸

5.4 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS E PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Os instrumentos utilizados na colheita dos dados foram emitidos por meio de relatórios, elaborados através de TABWIN, utilizados na ferramenta Excel, para obtenção dos dados de localização das famílias e das informações sociodemográficas. Foi também elaborado um questionário (Anexo I) com 25 perguntas de resposta fechada, que foi aplicado aos familiares das pessoas que cometeram suicídio.

Foi feito o levantamento dos óbitos, por ano de falecimento e em seguida distribuídos por bairro de residência. Foi mantido contato com os Agentes Comunitários de Saúde – ACS, que trabalham nas Unidades de

Saúde de Arapiraca, para a identificação dos familiares, através do cadastro de famílias que é realizado e atualizado por estes profissionais e que nos forneceram as informações necessárias para a sua localização. Agendamos visita com os familiares onde na ocasião, apresentamos os objetivos do trabalho, solicitando a colaboração de todos os participantes na assinatura do Termo de Livre Consentimento, (Anexo II), e prestação das informações para o preenchimento dos questionários. O acesso aos dados e a realização da pesquisa foi autorizada pelo Secretário Municipal de Saúde de Arapiraca. (Anexo III).

5.5 – ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta dos dados, estes foram transcritos para ficha padronizada e digitados em computador, para gerenciamento do banco de dados e análise estatística. A construção do banco de dados e a análise estatística foram feitas no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences - SPSS, versão 20.0 for Windows.

Na análise descritiva as variáveis quantitativas são apresentadas por média e desvio-padrão (dp), enquanto os dados categóricos são apresentados na forma de tabela por frequência absoluta e relativas.

Para comparação das diferenças de proporção das variáveis independentes foi selecionada a variável “tentativa de suicídio anterior” para a aplicação do teste exato de Fisher, escolhido pelo fato de ser mais adequado para pequenas amostras, buscando identificar a existência de relação entre a exposição aos agrotóxicos e a ocorrência de suicídio no município. Em toda a análise foi considerado um p valor padrão de 0,05 e intervalo de confiança de 95%.

6 – RESULTADOS

A partir da análise dos relatórios foram identificados 76 óbitos por suicídio no município de Arapiraca-AL, no período de 2006 a 2013, porém 14 óbitos apresentavam endereço ignorado ou insuficiente não sendo possível proceder a localização dos mesmos para a realização da investigação. Dos 62 óbitos restantes 9 não foram localizados, portanto a amostra trabalhada na pesquisa foi constituída por 53 óbitos sobre os quais apresentamos a análise a seguir. (conforme Tabela 5).

No período do estudo 2007 a 2013 registrou-se uma média 7,6 óbitos/ano, variando de três óbitos em 2012, ano de menor registro, até 10 óbitos em 2011, com maior registro. Dos 53 óbitos, 40 foram praticados por pessoas do sexo masculino e 13 do sexo feminino que corresponde a 75,5% e 24,5% respectivamente. Quando observamos a faixa etária das pessoas falecidas, verificou-se uma maior concentração em pessoas jovens, com cerca de 45% dos óbitos em idades inferiores a 30 anos. O maior percentual verificou-se entre 20 e 29 anos com 31,2%, seguido das pessoas de 30 a 39 anos com 20,7% e daquelas com 40 a 49 anos, com 15,1%. Chamou-nos a atenção a existência de 3 óbitos em menores de 15 anos, correspondendo a 5,6% e 6 óbitos em pessoas com idade superior a 60 anos, com 11,3%. A variação de idade ocorreu entre os 14 anos, menor idade e 89 anos a idade mais elevada. (conforme Tabela 5)

Como a maioria dos óbitos verificados foram em faixas etárias mais jovens, o estado civil também apresentou maior percentual em pessoas solteiras, com 64,1% e os casados se constituíram em 28,3%. Os viúvos e separados judicialmente ou divorciados apresentaram 3,8% com dois óbitos cada. Quando analisamos a raça/cor, os óbitos tiveram maior expressão em pessoas com cor de pele parda, com 41 mortos, representando 77,3%, seguidos de brancos, com 11 óbitos, 20,8%, e um óbito em pessoa de cor amarela, com 1,9%. A escolaridade demonstrou que a grande maioria possuía poucos anos de estudo, correspondendo ao ensino fundamental, de um a 7 anos de estudo, com 50,9%. Com nenhuma escolaridade somaram 22,6%,

com ensino médio, compreendendo 8 a 11 anos, tivemos 19% e com ensino superior, acima de 12 anos de estudo foram 7,5% dos óbitos. Em relação a zona de residência, 73,6% das pessoas falecidas residiam na zona urbana, correspondendo a 39 óbitos, e 26,4% na zona rural, com 14 óbitos. (conforme Tabela 5).

Quando buscamos conhecer a ocupação, ou seja, a atividade laboral desenvolvida pelas pessoas que cometeram suicídio, a grande maioria estava classificada como trabalhadores da agricultura, com 20 óbitos, correspondendo a 37,7% dos óbitos. Quanto à profissão/ocupação, os representantes comerciais corresponderam a 05 óbitos, 9,5%, de pedreiros, com três óbitos, 5,7%, borracheiros, com dois óbitos, 3,8% e mecânico, porteiro, motorista, mototaxista, artesão, cabelereiro, servente de obras e vigilantes, com um óbito cada, 1,9%. Foram registrados 08 óbitos em estudantes, 15,2% e 07 em domésticas, 13,2%, que não são classificadas como ocupação pelo Código Brasileiro de Ocupações – CBO. (conforme Tabela 5).

TABELA 5- Características sociodemográficas dos falecidos por suicídio. Arapiraca-AL, 2007 a 2013.

Variáveis relacionadas com o suicídio	n*	%	
Sexo	Masculino	40	75,5
	Feminino	13	24,5
Faixa Etária	10 A 14	3	5,6
	15 A 19	4	7,6
	20 A 29	17	32,1
	30 A 39	11	20,7
	40 A 49	8	15,1
	50 A 59	4	7,6
	60 E +	6	11,3
Estado Civil	Solteiro	34	64,2
	Casado	15	28,3
	Viúvo	2	3,8
	Separado	2	3,8
Raça	Branca	11	20,8

	Amarelo	1	1,9
	Parda	41	77,4
Escolaridade	Nenhum a 2 anos	8	25,8
	De 3 a 5 anos	17	54,8
	Acima de 5 anos	6	19,4
Zona de residência	Urbana	39	73,6
	Rural	14	26,4
Ocupação	Agricultor	20	37,7
	Dona de casa	7	13,2
	Outros	26	49,1

Fonte: SIM/SMS/Arapiraca/2014.

Perguntados se as pessoas que cometeram suicídio estavam trabalhando no momento do óbito, a grande maioria estava em atividade, correspondendo a 69,8%, com 37%, apenas uma com 1,9% não estava trabalhando, e 15 óbitos de estudantes e domésticas não se aplicava, por não se constituir atividade, com 28,3% e desta forma não serão incluídas nas análises que se seguem. Trabalhando com carteira assinada, fazendo parte do mercado formal de trabalho encontravam-se apenas 9 pessoas com 16,9% e sem carteira assinada, 29 pessoas, com 54,7%. No referente a renda mensal, verificou-se que as pessoas que cometeram suicídio eram possuídas de baixa renda, auferindo até um salário mínimo. Recebendo um salário eram 18 pessoas (33,9%), com renda inferior a um salário mínimo eram 12 pessoas, (22,6%) e acima de um salário mínimo, 8 pessoas (15,2%) (conforme Tabela 6).

Quando perguntados sobre quantos anos de trabalho na atividade as pessoas que faleceram tinham, constatou-se que 13 deles tinham entre 5 e 10 anos, (24,6%), e 12 com 10 anos ou mais, correspondendo a (22,6%), 9 trabalharam entre um e 4 anos, 16,9% e apenas 4 tinham menos de um ano na atividade, (7,5%). Em relação aos turnos trabalhados, a maioria trabalhava nos turnos matutino e vespertino, com 66,1%. Um trabalhava apenas no turno da tarde e um no turno da noite, com 1,9% cada (conforme Tabela 6).

Objetivando conhecer se na atividade realizada as pessoas que cometeram suicídio tinham acesso aos agrotóxicos no dia-a-dia do trabalho,

perguntamos se trabalhavam com agrotóxicos, e obtivemos praticamente uma igualdade nas respostas, pois 19 delas trabalhavam com agrotóxicos, (35,8%) e 18 não trabalhavam, correspondendo a 34,0%. Uma das pessoas no momento do óbito encontrava-se em gozo de aposentadoria, e então foi classificado junto aos estudantes e domésticas, não sendo incluído na análise. Dos 19 que trabalhavam com agrotóxicos desenvolviam atividades de manejo, diluição e pulverização com 24,5%, 1,9% e 7,5% respectivamente. Familiares de apenas uma das pessoas revelaram que não trabalhava diretamente com estas atividades mas estava sempre exposto aos agrotóxicos, que correspondeu a 1,9%. Com relação ao uso de EPI – Equipamento de Proteção Individual, dos 19 expostos ao uso de agrotóxicos apenas 36,8% faziam uso, e 63,2% responderam não fazerem uso, apresentando as condições climáticas e o preço como aspectos que dificultaram o seu uso. Indagados se tomavam banho todos os dias ao retornar das atividades utilizando agrotóxicos, 19 pessoas responderam que sim, (35,8%), ao passo em que os outros 34 não souberam informar (64,2%) todos os entrevistados responderam de forma afirmativa. (conforme Tabela 6)

Outro aspecto questionado aos familiares referiu-se ao aparecimento de patologias como o comportamento depressivo, se era verificado nas pessoas que cometeram o suicídio, se eram submetidos a tratamento médico especializado e se faziam uso regular de medicamentos. Responderam sobre a depressão que 17 pessoas falecidas apresentavam quadro depressivo, (32,1%), 31 pessoas não apresentavam qualquer sintoma relacionado a patologia perguntada, (58,5%) e 05 pessoas não souberam responder, (9,4%). Sobre a realização de tratamento médico especializado apenas 12 pessoas faziam tratamento regular, (22,6%), 06 pessoas não faziam qualquer tipo de tratamento e 35 pessoas, (66,1%) seus familiares não souberam informar. O uso de medicamento controlado pelas pessoas que apresentavam comportamento depressivo era utilizado por apenas 05 pessoas, 9,4%, 12 pessoas não faziam uso regular de medicação prescrita no tratamento (conforme Tabela 6).

Procuramos também conhecer a história familiar das pessoas suicidas, designadamente se já havia registro de casos de suicídio na família e se teriam ocorrido tentativas anteriores ao óbito, e das 53 pessoas que cometeram suicídio, 11 delas tiveram história de suicídio na família, (20,7%), 39 não tiveram casos registrados, (73,6%) e 3 não souberam informar, (5,7%). Em relação a tentativas anteriores, 19 pessoas já haviam tentado consumir o ato em períodos anteriores, (35,8%) e 34 nunca haviam tentado antes, se constituindo como uma grande surpresa para os familiares (conforme Tabela 6).

Por fim, pesquisamos o meio utilizado para o ato suicida, e o enforcamento apareceu em primeiro lugar com 28 dos óbitos, (52,9%), e a utilização de pesticidas apareceu em segundo, sendo responsável pelo óbito de 16 pessoas, (30,2%). As armas de fogo e medicamentos provocaram três óbitos cada, (5,6%) e utilização de arma branca, álcool e afogamento tiveram um óbito cada, com 1,9% (conforme Tabela 6).

TABELA 6 – Características das variáveis relacionadas ao suicídio. Arapiraca, 200 a 2013.

Variáveis relacionadas com o suicídio		n*	%
Trabalhava	Sim	37	69,8
	Não	16	30,2
Carteira assinada	Sim	9	17
	Não	44	83
Renda	Menos de 1 SM	12	22,6
	1 SM	18	34
	Acima de 1 SM	8	15,1
	Não sabe	15	28,3
Anos na ocupação	Menos de 1 ano	4	7,5
	De 1 a 4 anos	9	17

	De 5 a 10 anos	13	24,5
	Acima de 10 anos	11	20,8
	Não sabe	16	30,2
Trabalhava com Agrotóxico	Sim	19	35,8
	Não	18	34
	Não soube informar	16	30,2
Como trabalhava com o agrotóxico	Manejo	12	22,6
	Diluição	1	1,9
	Pulverização	4	7,5
	Todos	1	1,9
	Não sabe	35	66
EPI	Sim	6	11,3
	Não	12	22,6
	Não soube informar	35	66
Banho	Sim	18	34
	Não	0	0
	Não sabe	35	66
Depressão	Sim	17	32,1
	Não	31	58,5
	Não soube informar	5	9,4
Tratamento	Sim	12	22,6
	Não	6	11,3
	Não soube informar	35	66
Medicação	Sim	5	9,4
	Não	48	90,6
História de suicídio na família	Sim	11	20,8
	Não	39	73,6
	Não soube informar	3	5,7
Tentativa anterior de suicídio	Sim	19	35,8
	Não	34	64,2
Meio utilizado para o suicídio	Agrotóxico	16	30,2
	Raticida	0	0
	Enforcamento	28	52,8

Arma de fogo	3	5,7
Outros	6	11,3

Fonte: Questionário aplicado às famílias dos falecidos/Arapiraca/2014

O Coeficiente de Mortalidade, calculado com o total de óbitos ocorrido no município, utilizando a população disponibilizada pelo DATASUS/MS, confere ao município de Arapiraca um coeficiente médio de 5,09/100.000hab, apresentando oscilações a cada ano, com menor valor registrado em 2009, com 3,32/100.000hab e maior valor em 2010, com 6,54/100.000hab. Dos 7 anos do estudo, em 4 deles o coeficiente de Arapiraca superou a média nacional, da região Nordeste e do Estado de Alagoas e apenas em 2009 apresentou coeficiente inferior as demais médias. Ressaltamos a elevação registrada nos anos de 2010 e 2013, com 6,54 e 6,41 respectivamente, quase que o dobro do ano anterior que apresentou 3,32 e 3,66/100.000hab. (DATASUS, 2013)⁴⁴ (conforme Tabela 7).

TABELA 7 - Coeficiente de Mortalidade por Suicídio de residentes Do Brasil, Região Nordeste, Estado de Alagoas e Município de Arapiraca, de 2007 a 2013. Arapiraca-AL, 2014.

REGIÃO	ANOS						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
BRASIL	4,68	4,91	4,89	4,95	5,12	5,32	5,43
NORDESTE	4,15	4,14	3,92	3,99	4,29	4,33	4,62
ALAGOAS	3,53	3,38	3,51	2,20	3,30	3,44	4,51
ARAPIRACA	5,37	4,79	3,32	6,54	5,55	3,66	6,41

Fonte: DATAUS/MS e SIM/SMS/Arapiraca/2014.

Quando nos referimos à associação do suicídio com a exposição aos agrotóxicos, verificou-se que a ocupação das pessoas que cometeram suicídio no período estudado eram trabalhadores da agricultura perfazendo um total de 20 óbitos, correspondendo a 37,% do total, sobressaindo-se dentre as demais

ocupações. Se excluirmos os óbitos de estudantes e de donas de casa, que não são consideradas como ocupação, teremos cerca de 53% do total de agricultores, que desenvolviam nas suas atividades diárias o manejo com os agrotóxicos, o que sugere um aprofundamento no tema com a realização de novos estudos e pesquisas que possam obter novos resultados para comprovação.

A seguir, a tabela 8 mostra o resultado da análise bivariada com o desfecho “tentativa de suicídio anterior”. Nesta etapa, as respostas do tipo “não soube informar” foram retiradas da análise, uma vez que interessava buscar possíveis associações do desfecho com variáveis que tivessem opções de respostas válidas. Para avaliar o suicídio foram criadas variáveis que pudessem contribuir com o esclarecimento dos motivos que motivaram a praticar o suicídio. Além das variáveis sociodemográficas, mereceram destaque o trabalho com uso de agrotóxicos, uso de EPI, depressão, utilização de medicamentos, histórico de suicídio na família, dentre outros.

O Teste Exato de Fisher foi utilizado para avaliar a associação entre os fatores que poderiam influenciar a prática do suicídio, considerado como tendo associação quando o $p < 0,05$. Pelos resultados apresentados constata-se que não houve diferença estatística na prática do suicídio entre os trabalhadores com agrotóxicos ($p=0,64$), bem como em relação a ocupação ($p=0,76$). Porém, foram encontradas associações significativas entre o desfecho suicídio e a existência de quadro depressivo ($p=0,001$) e a utilização de medicamentos ($p=0,03$) (conforme Tabela 8).

TABELA 8 - Associação entre tentativa de suicídio anterior e variáveis independentes, Arapiraca-AL, 2015.

Variáveis relacionadas ao suicídio		Tentativa anterior de suicídio				p
		Sim		Não		
		n*	%	n*	%	
Sexo	Masculino	17	42,5	23	57,5	0,07
	Feminino	2	15,4	11	84,6	

Raça	Parda	15	36,6	26	63,4	0,83
	Outras	4	33,3	8	66,7	
Estado Civil	Com companheiro	5	33,3	10	66,7	0,81
	Sem companheiro	14	36,8	24	63,2	
Escolaridade	Nenhum a dois anos	4	50	4	50	0,4
	De 3 a mais anos	6	26,1	17	73,9	
Trabalhava	Sim	14	37,8	23	62,2	0,64
	Não	5	31,2	11	68,8	
Carteira assinada	Sim	2	22,2	7	77,8	0,34
	Não	17	38,6	27	61,4	
Renda	Menos de um SM	7	58,3	5	41,7	0,17
	de 1 a mais SM	7	26,9	19	73,1	
Trabalhava com agrotóxico	Sim	8	42,1	11	57,9	0,58
	Não	6	33,3	12	66,7	
EPI	Sim	3	50	3	50	0,73
	Não	5	41,7	7	58,3	
Depressão	Sim	12	70,6	5	29,4	0,001
	Não	6	19,4	25	80,6	
Tratamento	Sim	9	75	3	25	0,28
	Não	3	50	3	50	
Medicação	Sim	4	80	1	20	0,03
	Não	15	31,2	33	68,8	
História de suicídio na família	Sim	6	54,5	5	45,5	0,14
	Não	12	30,8	27	69,2	
Zona de residência	Urbana	15	38,5	24	61,5	0,5
	Rural	4	28,6	10	71,4	
Ocupação	Agricultor	6	30	14	70	0,76
	Outros	13	39,4	20	60,6	

Cabe ressaltar que a depressão, referida em 17 pessoas que faleceram, apresentou maior incidência nos trabalhadores da agricultura, com 7 falecidos, (41,1%), e observando a depressão em função do trabalho com o uso de agrotóxicos, esse número se repete, com 7 casos. Referindo-se ao sexo, a depressão esteve mais presentes nos homens, com 65%, numa razão de 2,2 homens para cada mulher. A faixa etária mais acometida foi a de 15 a 29 anos com 11 pessoas, cerca de 65%, variando de 13 anos a menor idade a

66 anos a maior idade. Os que apresentavam sintomas de depressão e que trabalhavam fazendo uso de agrotóxicos, nas atividades de manejo, diluição, pulverização somaram 8 pessoas, (47%) e apenas duas pessoas faziam uso de EPI nas atividades diárias, correspondendo a 11,7%.

7 – DISCUSSÃO

Diekstra & Gulbinat (1993) classificaram a mortalidade por suicídio como baixa quando os coeficientes forem menores que 5 óbitos/100 mil habitantes; média, quando os coeficientes se situarem entre cinco e menos de 15 óbitos/100 mil habitantes; alta, entre 15 e menos de 30 óbitos/100 mil habitantes e muito alta, quando os coeficientes apresentarem 30 óbitos/100 mil habitantes ou maiores, categoria esta somente observada em alguns países de Ásia e Europa.¹²

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) estimou que, até 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas vão cometer suicídio no mundo, se constituindo assim numa importante questão de saúde pública no mundo inteiro.¹ A descrição do perfil epidemiológico do suicídio no Brasil cresceu significativamente nas últimas décadas e em 2005, Mello-Santos et al., publicaram um estudo sobre as taxas nacionais de morte por suicídio entre os anos de 1980 e 2000 onde encontraram uma média de três a quatro suicídios/100.000 habitantes no Brasil. Já em 2005, no Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio apesar de apresentar elevação foi considerada relativamente baixa com 5,6 mortes/100.000 habitantes, quando comparada com as taxas de outros países, colocando o país na 67^a posição em uma classificação mundial, no entanto, em números absolutos, o Brasil esteve entre os 10 países com mais suicídios.³⁹

Dados mais recentes da mortalidade por suicídio coletados a partir do sitio do DATASUS/MS deram conta de um aumento nesses coeficientes com tendência crescente, passando de 4,68 óbitos/100000 habitantes em 2007 para 5,32/100000 habitantes em 2012, com uma média anual em torno de 5,0/100000, com 9.600 óbitos/ano. Fazendo uma analogia a Região Nordeste e ao Estado de Alagoas, vimos que em todos os anos do periodo de 2006 a 2012, os coeficientes se apresentaram inferiores ao verificado no país, que apresentaram coeficientes médios de 4,13/100000hab. e 3,22, com 2.204 óbitos e 624 óbitos respectivamente.⁴⁰

No caso de Arapiraca, os coeficientes apresentaram-se superiores à média nacional em 3 anos e inferiores nos outros 4 anos do estudo, com uma média de 5,09/100000 habitantes, e cerca de 11 óbitos/ano, média que ultrapassa os coeficientes da Região Nordeste e Estado de Alagoas, como representado na Figura 1. A elevada incidência de suicídio no município de Arapiraca aponta para o envolvimento de diversos aspectos, sejam de ordem sociocultural, genético, existencial, ambiental, e conforme citado por Bertolote e Fleishmann (2002), cerca de 90% dos casos, o suicídio está associado a desordens mentais, particularmente depressão e abuso de álcool.¹³ Uma revisão sistemática de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando cerca de 16 mil óbitos por suicídio na população geral, demonstrou que em 97% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental na ocasião do ato fatal. (Bertolote e Fleishmann, 2002).⁶

Percebemos uma oscilação no ano de 2009, que apresentou coeficiente abaixo dos coeficientes obtidos para o país, região nordeste e Alagoas, o que pode sugerir falha de registros na captação dos óbitos por suicídio, se constituindo num tema que ainda carece de estudos mais detalhados, que possa auxiliar no diagnóstico de saúde pública e sistematização dos dados, capazes de estabelecer associações e estimar riscos, pois a ausência de análises mais detalhadas limitam a capacidade de comparação e detecção de diferenças estatísticas. Os dados de mortalidade são extraídos dos atestados de óbito, e a sua qualidade depende muito da interpretação subjetiva do profissional médico que o preenche, podendo os suicídios serem notificados como causa externa ignorada devido ao tabu que cerca esse tipo de morte.³⁹

No Brasil e em outros países, a qualidade dos dados disponibilizados referentes aos óbitos é fator que limita as pesquisas sobre a mortalidade por suicídio.¹⁰ A ocorrência de subnotificação dos casos de suicídio acontece devido a motivações religiosas, sociais, culturais, entre outras.¹⁵ Alguns autores indicam que essa distorção deve variar no espaço e no tempo, entre 20% e 100%. Os acidentes e as violências têm causado intenso impacto na morbimortalidade da população brasileira. Por isso, o governo tem implementado políticas públicas, a exemplo da Política Nacional de Redução

da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e do Plano Nacional para Prevenção do Suicídio, lançado em 2009. Estas surgem como iniciativas do Ministério da Saúde para tentar diminuir a incidência de casos no Brasil, visando à redução das taxas de mortes por suicídio e danos causados às pessoas envolvidas direta e indiretamente nesse ato.⁴⁰

Os principais fatores e situações de risco apontados na literatura se referem à idade, onde tem sido apontadas altas taxas em pessoas idosas, mas com tendência crescente entre jovens de 15 a 39 anos; à raça, que indica que a maioria das pessoas falecidas são da cor branca; ao gênero, com maior incidência em homens; quanto ao estado civil, que indica que a maioria dos casos são registrados em solteiros, divorciados e viúvos; a ocupação tem apresentado diferenças de acordo com as regiões do país, com maior número de agricultores na região sul e de profissionais como médicos, advogados e pescadores em outras regiões. Em se tratando de situação financeira, o indicativo de que grande parte dos suicidas viviam em condição de pobreza ou se encontravam em situação de desemprego; os aspectos psicológicos, ambientais e culturais com alusão a dependência de álcool e outras drogas, em escala crescente; o estado de saúde mental mostravam a depressão como principal fator desencadeante do suicídio; as tentativas anteriores e histórico familiar confirmaram que os casos de suicídio eram mais frequentes em famílias de quem já realizou tentativas ou quem já obteve êxito na tentativa, culminando em óbito.³⁹

Segundo estudos realizados, foi visto que o padrão de sobremortalidade masculina diferiu entre os continentes, sendo as menores diferenças observadas na Ásia (1,0-2,2 com mediana de 1,3); os países europeus apresentaram uma posição intermediária (1,7-5,4 com mediana de 3,0) e nos países americanos observou-se a maior desigualdade entre sexos (3,4-9,2 com mediana 4,1). A literatura apontou para menor ocorrência de suicídio entre as mulheres, atribuída a vários fatores, como a baixa prevalência de dependência do álcool, a maior religiosidade, o envolvimento social e o desempenho de papéis durante a vida. Além disso, as mulheres conseguiam reconhecer mais precocemente sinais de riscos para depressão, suicídio e doença mental, além de buscarem

mais ajuda em momentos de crise e de participarem mais das redes de apoio social. Quanto aos homens, estes desempenhavam comportamentos que predispunham ao suicídio, listando a competitividade, a impulsividade e o maior acesso a tecnologias letais, sendo ainda mais sensíveis às instabilidades econômicas, como desemprego, empobrecimento, dentre outros, fatores esses que podiam mais facilmente levar ao suicídio.¹²

Podemos considerar que a sobremortalidade masculina em Arapiraca, na amostra do presente estudo acompanhou o padrão observado nos países do continente americano, onde tivemos uma razão de 3,07 óbitos em homens para cada mulher com predominância dos óbitos masculinos em todos os anos, confirmando os estudos que apontam para a utilização de meios mais letais pelos homens, com maior chances de êxitos, de que os utilizados pelas mulheres que realizam mais tentativas com chances de socorro.

Com relação aos óbitos por faixa etária, em todo o mundo, a taxa de suicídio se apresentou mais alta entre os indivíduos mais velhos do que entre os mais jovens; contudo, esta tendência vem se alterando em escala mundial, com tendência crescente nas faixas etárias mais jovens, se constituindo numa das quatro principais causas de morte entre as pessoas com idade entre 15 e 44 anos, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. A maior concentração de óbitos nas faixas etárias mais jovens também são confirmadas nos achados Hesketh e Castro onde encontraram maior frequência de tentativas de suicídio entre jovens de até 25 anos.¹⁴ Em Arapiraca foi verificado esse comportamento, com maior concentração de óbitos em pessoas com idade compreendida entre 20 e 39 anos, com um percentual de 53% do total, chamando ainda a atenção para os óbitos em menores de 14 anos. Os idosos tiveram um percentual de 11,3% dos óbitos, com número expressivo de óbitos, acompanhando o perfil verificado nos estudos realizados.

Em relação ao estado civil, a literatura aponta um maior risco de suicídio entre os solteiros, viúvos e pessoas separadas, o que foi constatado no presente trabalho, com maior número de suicídio entre os solteiros, porém com relação aos indivíduos divorciados e viúvos, o estudo demonstrou um

percentual menor nesses grupos, sendo os divorciados/separados e viúvos responsáveis por 3,8% cada. Supõe-se que situações de crise econômica e desemprego podem levar ao aumento do uso de álcool e drogas, problemas no relacionamento familiar e sintomas depressivos, o que poderia estar associado com a maior ocorrência de suicídio nesses grupos.³⁷ Quando nos referimos à raça/cor, observamos que segundo Cataldo et al. (2003) no Brasil onde existe uma maior miscigenação de raças, é maior a tendência de suicídios nas pessoas brancas, e que características étnicas e culturais podem influenciar nas taxas de tentativas de suicídios, explicáveis por razões não somente psiquiátricas, mas também etnológicas.⁴¹

A escolaridade associada as condições socioeconômicas da população vem sendo demonstrada em estudos recentes que características sociais como baixo nível de educação, desemprego, pobreza, condição de solteiro, divórcio ou viuvez são fatores de risco associados ao suicídio, e sendo o Brasil um país em desenvolvimento enfrentando sérios problemas econômicos apresentou que 30,5% dos brasileiros são analfabetos funcionais, coincidindo com os dados do estudo que apontam mais de 20% de pessoas sem escolaridade e cerca de 50% com baixa escolaridade.³⁹

As pessoas ligadas à ocupação agrícola apresentaram maiores coeficientes de mortalidade por suicídio, apontando para os indícios formulados por Falk et al.(2000) de que o uso de agrotóxicos é um dos principais fatores que levam ao suicídio, hipótese esta que vem sendo reforçada e validada para a população estudada de Venâncio Aires, Brasil, com os maiores índices mundiais de suicídio no meio rural.³⁶

Quando nos referimos à renda, vemos que Schnitman (2012) coloca que a pobreza pode ser considerada um fator importante para predispor ao suicídio, já que é geradora de fatores estressores, incluindo o desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar e relaciona os problemas gerados pelas políticas econômicas junto à população trabalhadora, especialmente a seus segmentos mais vulneráveis: os extremos etários, os menos qualificados, os emocionalmente debilitados como responsáveis pelo aumento nos coeficientes de suicídio.⁴¹

A fumicultura tem sido questionada quanto às reais possibilidades de promover melhorias na qualidade de vida, principalmente devido ao uso excessivo de agrotóxicos, onde o acesso e manejo dos agrotóxicos é a atividade da cultura que oferece maior perigo aos fumicultores e suas famílias, em decorrência da elevada demanda de pulverizações o que exige cuidados com a segurança no trabalho através da utilização adequada de Equipamentos de Proteção Individual. O uso de EPI nem sempre é verificado, seja pela não disponibilização para os trabalhadores, seja pela própria cultura da não utilização, pelo preço ou pelo incômodo que ele causa, não sendo levada em consideração que a ausência do uso conduz a intoxicações crônicas e agudas que têm provocado vítimas entre as famílias dos fumicultores. Evidente é o fato de que o consumo de agrotóxicos na fumicultura ainda é extremamente elevado oferecendo riscos à vida dos fumicultores e suas famílias, onde a utilização ainda ocorre em larga escala e a maioria dos fumicultores não estão devidamente habilitados para o seu manuseio.⁴²

Quando buscamos conhecer a ocorrência de quadro depressivo entre as pessoas que cometeram suicídio, encontramos na citação de Meyer et al, (2010) que a exposição a pesticidas pode desempenhar um papel neste fenômeno do suicídio, onde compararam as taxas de mortalidade por suicídio observados entre os trabalhadores agrícolas de uma área de uso intensivo de agrotóxicos no Brasil à frequência mortalidade por suicídio observado em três populações de referência, confirmando que os trabalhadores agrícolas estavam em maior risco de letalidade devido ao suicídio, quando comparados a todas as três populações de referência. Estes resultados sugerem que a exposição a pesticidas pode realmente aumentar o risco de suicídio, especialmente entre os trabalhadores agrícolas.⁴³

O meio mais utilizado para a prática do suicídio corrobora com o perfil nacional que tem o enforcamento eleito como principal meio, principalmente por homens, que costumam utilizar meios mais violentos pelo alto índice de letalidade.

8 - CONCLUSÕES

Entender os motivos que levaram uma pessoa a desistir da própria vida continua sendo objeto de interesse investigativo de várias ciências que tem o ser humano como seu objeto de estudo, percebendo-se uma grande lacuna de conhecimento no que se refere aos estudos sobre suicídio e tentativas de suicídio bem como pesquisas em municípios de pequeno e médio porte.

Assim, este estudo visou contribuir com a construção de conhecimento sobre a prática do suicídio e das conclusões do mesmo emerge a necessidade de desenvolver novos estudos na área, principalmente com o intuito de apurar da existência ou não de relação entre a exposição aos agrotóxicos e o suicídio, uma vez que a ocupação da grande maioria dos que cometeram suicídio no período em estudo era ligada à agricultura onde ainda se verifica o uso indiscriminado de agrotóxicos, seja na cultura fumageira, seja na agricultura geral como nas hortaliças e frutas, decorrentes da diversificação de cultura após a decadência do plantio de fumo.

Faz-se necessário nesse contexto, estender a investigação para outros fatores já conhecidos, como a depressão, bem como os aspectos sociais, econômicos e culturais que podem influenciar o comportamento suicida, sugerindo ao setor saúde, a adoção de novas estratégias capazes de promover a identificação dos indivíduos com esse tipo de comportamento para intervir no sentido de prevenir novas tentativas, provocando a redução das taxas existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – OMS – Organização Mundial de Saúde. Prevenção do suicídio um recurso para conselheiros. Genebra, 2006.
- 2 – Koch, AS, Rosa, DD. Depressão. ABC da Saúde. 2014.
<http://www.abcdasaude.com.br/psiquiatria/depressao>
- 3 – Moreira JC, Jacob SC, Peres F, Lima JS, Meyer A, Oliveira-Silva JJ, et al. Avaliação integrada do impacto do uso de agrotóxicos sobre a saúde humana em uma comunidade agrícola de Nova Friburgo, RJ, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2):299-311, Rio de Janeiro, 2002
- 4 – Rigotto RM, Rosa IF, Pessoa VM. Introdução: Agrotóxicos, Saúde Humana e os caminhos do estudo epidemiológico. UFC. Fortaleza, 2011.
- 5 - Machado AC, Parreiras PC. Organização das Políticas e Gestão da Rede de Assistência na Atenção Primária à situação de risco para o suicídio. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.
- 6 - Camargo FC, Iwamoto HH, Oliveira LP, Oliveira RC. Violência auto-infligida e anos potenciais de vida perdidos em Minas Gerais, *Texto e Contexto Enfermagem*, vol 20. Florianópolis, 2011.
- 7 – Candido AM. O enlutamento por suicídio: elementos de compreensão na clínica da perda. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Brasília, 2011.
- 8 – Seminotti EP. Suicídio Infantil: Reflexões sobre o cuidado médico. www.psicologia.pt. 2011.
- 9 – Sá NNB, Oliveira MGC, Mascarenhas MDM, Yokota RTC, Silva MMA, Malta DC. atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. *Revista Med Minas Gerais* 2010; 20(2): 145-152. Minas Gerais, 2010.
- 10 – Silveira RE. Perfil epidemiológico do suicídio em um município do interior mineiro. <http://www.webartigos.com/artigos/perfil-epidemiologico-do-suicidio-em-um-municipio-do-interior-mineiro/31609/>, 2010.
- 11 – Freitas APA. “Da Sua Vida Cuido Eu!” Os Significados Das Tentativas De Suicídio Para Profissionais De Saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2013.
- 12 – Vidal CEL, Gomes CB, Mariano CA, Leite LMR, Silva RA, Lasmar SC. Perfil epidemiológico do suicídio na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, no período

de 1997 a 2012. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 2014, Rio de Janeiro, 22(2):158-64. Rio de Janeiro, 2014.

13 – Schlosser A, Rosa GFC, More CLOO. Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital. *Temas em Psicologia* 2014, Vol. 22, nº 133, 1-145. Santa Catarina, 2014.

14 – Santos SA, Legay LF, Aguiar FP, Lovosi GM, Abelha L, Oliviera SP. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(5):1057-1066, mai, 2014. Rio de Janeiro. 2014.

15 – Matos AS. Análise das Intoxicações Exógenas por Agrotóxicos no Brasil, entre 2007 e 2012. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Ceilândia, UnB/FCE. Brasília – DF, 2013.

16 – Hisaguto CLC, Yazigi L. Estudo exploratório com indivíduos com depressão por meio do Rorschach, Sistema Compreensivo. *Avaliação Psicológica*, 2014, 13(2), pp. 157-166. São Paulo, 2014.

17 – OMS – Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo - Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Genebra, 2001.

18 – Macedo, EFDC. Qualidade de vida e doença mental. Tese de outorado, Universidade de Aveiro, Portugal. Aveiro, 2013.

19 – Alves AAM, Rodrigues NFR. Determinantes Sociais e Econômicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2010 Dez; vol 28 (2):127-131, Lisboa, 2010.

20 – Santos JC. O Uso do Agrotóxico: O Caso do Cultivo de Abacaxi no Município de Sapé PB. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal da Paraíba. Paraíba, 2013.

21 – Cometti JLS. Logística Reversa das Embalagens de Agrotóxicos no Brasil: um caminho sustentável?. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

22 – Mascarenhas TKSF, Pessoa YSRQ. Aspectos que potencializam a contaminação do trabalhador rural com agrotóxicos: uma revisão integrativa. *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, v.22, n.2, p. 87-103, mai/ago. 2013. Minas Gerais. 2013.

23 – Cassal VB, Azevedo LF, Ferreira RP, Silva DG, Simão RS. Agrotóxicos: uma revisão de suas conseqüências para a saúde pública. *Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Digital*. Vol. 18, n. 1, abr 2014, p. 437-445. Universidade de Santa Maria – RS, 2014.

- 24 – MS – Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, 2006
- 25 – Schoenhals M, Ani F, Follador C, Silva C. Análise Dos Impactos Da Fumicultura Sobre O Meio Ambiente, À Saúde Dos Fumicultores E Iniciativas De Gestão Ambiental Na Indústria Do Tabaco. Engenharia Ambiental - Espírito Santo do Pinhal, v. 6, n. 2, p. 016-037, mai /ago 2009. São Paulo, 2009.
- 26 – Inácio AF. Exposição ocupacional e ambiental a agrotóxicos e nicotina na cultura de fumo de Arapiraca - AL. Dissertação de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011.
- 27 – Riquinho DL, Hennington EA. Cultivo do tabaco no sul do Brasil: doença a folha verde e outros agravos à saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 19(12):4797-4808, 2014. Rio de Janeiro, 2014.
- 29 – Façanha JDN, Erse MPQA, Simões RMP, Amélia L, Santos JC. Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção *believe*. Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas. V. 6, n.1. São Paulo, 2010.
- 30 – Botega NJ, Werlang BSG, Cais CFS, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. Porto Alegre, 2006.
- 31 – Aquino TAA, Silva JP, Figueirêdo ATB, Dourado ETS, Farias ECS. Avaliação de uma proposta de prevenção do vazio existencial com dolescentes. Psicologia, Ciência e Profissão. vol.31 no. Brasília, 2011.
- 32 – Ramos INB, Falcão EBM. Suicídio: um Tema Pouco Conhecido na Formação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica. 35(4): 507-516. Rio de Janeiro, 2011.
- 33 – Boas LMV. O julgamento clínico no contexto de risco de suicídio. www.psicologia.pt, 2011.
- 34 – Silva MNRMO, Costa II. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva. 2010; 4(1): 19-29. Brasília, 2010.
- 35 – Arce VAR, Sousa MF, Lima MG. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. Physis Revista de Saúde Coletiva. 21(2): 541-560. Rio de Janeiro, 2011.
- 36 - Poletto AR, Souza MC, Hembercker PK, Gontijo LA. Os Aspectos Psicológicos no Trabalho Agrícola: Uma Revisão das Pesquisas. XXVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção: A integração de cadeias produtivas com a abordagem da manufatura sustentável. Rio de Janeiro, RJ, 2008

- 37 – Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cadernos de Saúde Coletiva. 29(1): 175-187 Rio de Janeiro, 2013.
- 38 – SMS ARAPIRACA. Análise da Situação de Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Arapiraca, 2013.
- 39 – Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Revista Brasileira de Psiquiatria. 31(Supl II):S86-93. Rio de Janeiro, 2009.
- 40 – Souza, VS, Alves MS, Silca LA, Lino DCS, Nery AA, Casotti CA. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, vol.60 no.4, Rio de Janeiro, 2011.
- 41 – Minghetti LR, Kanan LAKA. Estudo epidemiológico de morte por suicídio em Santa Catarina entre os anos de 1996 a 2010. Visão Global, v. 14, n. 2, p. 329-360, jul./dez Joaçaba, Santa Catarina, 2011.
- 42 – Agostinetto D, Puchalsky L, Azevedo R, Storch G, Bezerra A, Grutzmacher A. Caracterização da fumicultura no município de Pelotas-RS. Revista Brasileira de agrociência, v.6 no2, 171-175, mai-ago, Pelotas – RS, 2010.
- 43 – Neto MGF. Intoxicação por agrotóxicos e surgimento de depressão: um estudo de caso. Pós-graduação em Ergonomia: produto e processo. Faculdade Sul-Americana/FASAM. Goiânia-GO <http://portalbiocursos.com.br>, 2014.
- 44 –DATASUS/MS - <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCiSE)

MESTRADO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Investigador Principal – Ana Lúcia Alves Lima

Ano: 2014

Estudo: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PESSOAS QUE COMETERAM SUICÍDIO NO PERÍODO DE 2007 A 2013 EM ARAPIRACA – ALAGOAS, E A POSSÍVEL EXPOSIÇÃO AOS AGROTÓXICOS.

Nº

Quest.

--	--	--	--	--

Prezado (a) Senhor (a),

No âmbito da investigação sobre “Perfil sociodemográfico das pessoas que cometeram suicídio no período de 2007 a 2013 em Arapiraca – Alagoas, e a possível exposição aos agrotóxicos”, solicita-se a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário. É de participação voluntária, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As respostas são confidenciais e todas são válidas pois traduzem a sua opinião.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a opção que considera correta.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

Agradecemos a sua colaboração nesta investigação.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Questionário Nº

1- Bairro –
2- Cidade/UF –
3- Zona de residência Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
4 - Data de nascimento ____/____/____

<p>5- Sexo –</p> <p>Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/></p>
<p>6- Se feminino, estava gestante –</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/></p>
<p>7- Raça –</p> <p>Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/></p>
<p>8- Escolaridade:</p> <p>Nenhuma <input type="checkbox"/> De 1 a 3 anos de estudo <input type="checkbox"/></p> <p>De 4 a 7 anos de estudo <input type="checkbox"/> De 8 a 11 anos de estudo <input type="checkbox"/></p> <p>De 12 anos e + de estudo <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/></p>
<p>9 - Estado Civil –</p> <p>Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/></p>
<p>10- Ocupação –</p>
<p>11- Trabalhava –</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>
<p>12- Carteira Assinada</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>
<p>13 - Renda –</p> <p>< 1 Salário Mínimo <input type="checkbox"/> 1 Salário Mínimo <input type="checkbox"/></p> <p>> 1 Salário Mínimo <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/></p>
<p>14 - Anos de trabalho na ocupação –</p> <p>< 01 ano <input type="checkbox"/> 1 a 4 anos <input type="checkbox"/> 5 a 10 anos <input type="checkbox"/></p> <p>10 anos e mais <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/></p>
<p>15 - Horário de trabalho:</p>

<p>Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Manhã e Tarde <input type="checkbox"/></p> <p>Noite <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/></p>
<p>16 - Trabalhava com agrotóxico –</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/></p>
<p>17 - Se sim, trabalhava –</p> <p>Manejo <input type="checkbox"/> Diluição <input type="checkbox"/> Pulverização <input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/></p>
<p>18 - Fazia uso de EPI –</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/></p>
<p>19 - Tomava banho todos os dias após o trabalho –</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/></p>
<p>20 - Apresentava problemas de depressão:</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/></p>
<p>21 - Fazia tratamento/acompanhamento médico –</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/></p>
<p>22 - Fazia uso de medicação controlada</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/></p>
<p>23 - Tem história de suicídio na família:</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/></p>
<p>24 - Tentou suicídio outras vezes</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/></p>
<p>25 – Meio utilizado para o ato –</p> <p>Agrotóxico <input type="checkbox"/> Raticida <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/></p> <p>Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/></p>

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa” (Resolução nº 466/12 – IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo “Perfil sociodemográfico das pessoas que cometeram suicídio no período de 2007 a 2013 em Arapiraca – Alagoas, e a possível exposição aos agrotóxicos”, recebi da mestrandia em Educação para Saúde, da Escola Superior de Saúde de Viseu, Ana Lúcia Alves Lima, responsável pela execução do estudo, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

1 – O estudo destina-se a obter conhecimento a cerca dos óbitos ocorridos por suicídio no município de Arapiraca, nos anos de 2007 a 2013.

2 – A importância desse estudo está no fato de contribuir com as informações para que se conheça o perfil das pessoas que cometeram suicídio, com ênfase no sexo, faixa etária, raça, estado civil, escolaridade, e aspectos ligados ao cotidiano familiar e ocupacional.

3 – O resultado que se pretende alcançar é descrever que fatores sociodemográficos e clínicos influenciaram os indivíduos que cometeram suicídio, de forma que possa servir como base para a elaboração de estratégias que visem a evitabilidade e redução desses óbitos.

4 – O estudo será feito mediante levantamento dos dados de mortalidade do Sistema de Informação de Mortalidade da Secretaria Municipal de Saúde, de 2007 a 2013.

5 – Eu participarei da entrevista.

6 – O constrangimento que poderei sentir será minimizado ao passo em que tiver sido esclarecido que as informações são de cunho sigiloso e que não serão divulgadas informações pessoais. As informações serão em forma de relatórios quantitativos sem identificação dos óbitos.

7 – Que as informações conseguidas através da minha participação no estudo não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto pelos responsáveis e que a divulgação só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que foi me informado sobre a minha participação no mencionado estudo, estando

consciente dos meus direitos, responsabilidades, riscos e benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do (a) participante voluntário (a):

Endereço: _____

Bairro: _____

Complemento: _____ CEP _____

Telefone: _____

Ponto de referência: _____

Endereço da responsável pela pesquisa:

Ana Lúcia Alves Lima

Praça Pereira Magalhães, 39

Bairro Cacimbas

Arapiraca – AL CEP 57.304-525

Telefone: 82-9985-8931

Endereço do Comitê de Ética

Escola Superior de Saúde de Viseu

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102

Viseu 3500-843

Portugal

Tel. +351 232 419 100 Fax. +351 232 428 343

E-mail: essvgeral@essv.ipv.pt

Web: www.essv.ipv.pt

Arapiraca-AL, ____ de _____ de 2014.

assinatura do(a) voluntário(a)

Assinatura do responsável pela entrevista



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
INSTITUTO PERNAMBUCANO DE ESTUDOS AVANÇADOS
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Ilmo. Sr.
Dr. Ubiratan Pedrosa Moreira
Secretário Municipal de Saúde de Arapiraca

ASSUNTO: Pedido de autorização para efectuar colheita de dados

No âmbito da unidade curricular de Viseu, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna: Ana Lúcia Alves Lima, mat.3732 do 2º ano do 3TM Curso de Mestrado em Educação para a Saúde a desenvolver um estudo subordinado ao tema "PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PESSOAS QUE COMETERAM SUICÍDIO NO PERÍODO DE 2007 A 2013 EM ARAPIRACA – ALAGOAS, E A POSSÍVEL EXPOSIÇÃO AOS AGROTÓXICOS".

Neste contexto, somos a solicitar a V.ª S.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, relativas a mortalidade por suicídio, do período de 2007 a 2013, durante o mês de novembro de 2014.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados. Este estudo tem como objetivo realizar estudo da mortalidade por suicídio na população do município de Arapiraca-AL, no período de 2007 a 2013, conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio, calcular o coeficiente de mortalidade por suicídio no município em estudo e avaliar a associação entre o suicídio e a exposição aos agrotóxicos.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. S.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que o Professor Dr. PhD Amauri Aluisio da Silva, é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone do IPEA: (81) 9952.9895 / 9538.5995.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos Acadêmicos dos Estudantes. Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Diretor do IPEA

UBIRATAN PEDROSA MOREIRA
Secretário de Saúde
Arapiraca - AL

Av. Domingos Ferreira, 4060 - 5121 - Arapiraca - AL