

JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1



**A RELAÇÃO DO CONTINGENTE
POPULACIONAL COM AS LESÕES
AUTOPROVOCADAS NO TOCANTINS.**

**THE RELATIONSHIP OF THE
POPULATION CONTINGENT TO SELF-
PROVOKED INJURIES IN TOCANTINS**

Edmar Cruz LIMA JÚNIOR
Centro Universitário Presidente Antônio
Carlos - UNITPAC
E-mail: edmarzaojr@gmail.com

Jane da Silva PROPÉRCIO
Centro Universitário Presidente Antônio
Carlos - UNITPAC
E-mail: jane.propercio@unitpac.edu.br



RESUMO

O suicídio é um grande problema de saúde pública e denota um quadro irreversível, tendo ganhado grandes repercussões e altos índices nos últimos anos. No entanto, ainda existem grandes dificuldades em anatomizá-lo, visto ser extremamente necessária a compreensão clara dos fatores de riscos envolvidos em cada suicídio, sabendo que existem fatores de riscos modificáveis e não modificáveis, que podem desencadear problemas para saúde mental. O estudo a seguir mostra como o contingente populacional pode ter relação com a prevalência desse fator. Dito isto, é necessário que haja uma abordagem médica, que seja capaz de observar esses dados de forma clínica para uma melhor compreensão do contexto em que vive o paciente, auxiliando assim no diagnóstico, manejo e prognóstico de pacientes residentes em áreas de grande densidade demográfica.

Palavras-chave: Lesão autoprovocada. População. Suicídio.

ABSTRACT

Suicide is a major public health problem and denotes an irreversible situation, having gained great repercussions and high rates in recent years. However, there are still great difficulties in anatomizing it, since it is extremely necessary to have a clear understanding of the risk factors involved in each suicide, knowing that there are modifiable and non-modifiable risk factors that can trigger mental health problems. The following shows how the population contingent may be related to the prevalence of this factor. That said, it is necessary that there is a medical approach, that is able to observe these data in a clinical way for a better understanding of the context in which the patient lives, thus assisting in the diagnosis, management and prognosis of patients residing in areas of high demographic density.

Keywords: Self-inflicted injury. Population. Suicide.

INTRODUÇÃO

O suicídio consiste no ato de tirar a própria vida de forma intencional e pode ser um indicativo do fim da saúde mental. Estando dentre as três principais causas de morte, o suicídio afeta principalmente pessoas entre 15 e 44 anos de idade.

Edmar Cruz LIMA JÚNIOR; Jane da Silva PROPÉRCIO. A Relação do Contingente Populacional com as Lesões Autoprovocadas no Tocantins. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2021. Junho. Ed. 27. V. 1. Págs. 105-115. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

Segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), ele é responsável pela estatística anual de um milhão de óbitos, correspondente a um total de 1,4% de mortes, não incluindo ainda, as tentativas de suicídio, que equivalem a proporções de 10 a 20 vezes mais frequentes que o próprio suicídio. (BOTEGA, 2014).

Sendo um fenômeno muito complexo, o suicídio pode envolver âmbitos filosóficos, sociológicos e até religiosos, sendo principalmente uma questão médica e de saúde pública, visto que todo ano no Brasil cerca de 5,7 pessoas a cada 100 mil habitantes cometem suicídio, ocorrendo a maior parte em áreas de alto contingente populacional.

A análise da relação das lesões autoprovocadas com o contingente populacional é despertada pelos inúmeros fatores de riscos encontrados nessas áreas, dentre eles a falta de integração social, pois segundo (SADOCK et.al., 2016): “comunidades rurais têm maior integração social do que áreas urbanas e, portanto, menos suicídios”.

Ao que se sabe, há ainda segundo (Sadock et.al., 2016), “quase 95% de todas as pessoas que cometem suicídio ou que fazem tentativas de suicídio foram diagnosticadas com algum transtorno mental”, dentre elas, transtornos de humor como depressão e bipolaridade, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, transtornos relacionados ao abuso, e dependência de substâncias como álcool e outras drogas. Todos apresentam condições e indicativos de que podem ser desencadeadas por causa de uma rotina estressante nos grandes centros urbanos que levam ao desgaste da saúde mental.

106

JUSTIFICATIVA

A importância e relevância do estudo se justificam pelo aumento dos centros populacionais em Tocantins nos últimos anos, juntamente com o aumento de transtornos relacionados à saúde mental, tais como depressão e ansiedade, que são fatores de risco para lesões autoprovocadas. Bertolote & Fleischmann em seus estudos percebeu que: Uma revisão de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando 15.629 suicídios ocorridos na população geral, demonstrou que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental (BERTOLOTE & FLEISCHMANN, 2002).

Foi demonstrado ainda, que a taxa de suicídio entre jovens aumentou 24% nas 6 cidades mais populosas do Brasil, enquanto em regiões com menor densidade houve um aumento relativamente baixo de 13%.

Nos últimos anos os contingentes populacionais aumentaram nas grandes cidades, e junto com ela problemas como a falta de saúde e educação, violência, exclusão social, desigualdade social entre outros que são fatores de risco para doenças psiquiátricas, como

transtornos de ansiedade e depressão, que estão intrinsecamente ligadas ao desgaste da saúde mental e a emergências psiquiátricas.

Segundo Organização Mundial da Saúde – OMS (2011), os fatores que levam ao suicídio são: transtornos mentais, relações familiares, gênero sexual, faixa etária de vulnerabilidade, abuso de álcool, drogas ou fármacos, além de situações sociais desfavoráveis, como pobreza, desemprego e a falta de integração social.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O suicídio é o ato de tirar a própria vida de forma consciente, se tornando um grande problema de saúde pública, além de uma questão médica. Há inúmeras causas e diversos fatores de riscos, muitas vezes inexplicáveis, e que nunca serão entendidos por aqueles que são próximos da vítima, e, de acordo com o ministério da saúde, é um fenômeno que ocorre em todas as regiões do mundo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 800 mil pessoas se suicidam no mundo anualmente, o que equivale a uma pessoa a cada 40 segundos, com uma taxa de 10,7 mortes por 100 mil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). A cada 3 segundos uma pessoa faz uma tentativa de suicídio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Diante de toda essa incidência, e sendo um problema irreversível, o suicídio ainda é considerado um assunto de complexa discussão, sendo sempre acompanhado de vários estigmas, contextos sociais, culturais e religiosos.

Em muitas religiões, o suicídio é entendido como um atentado aos princípios divinos. A religião Cristã, por exemplo, versa em seu dogma doutrinário que todo aquele que comete suicídio, sob qualquer circunstância, é condenado ao inferno, pois contraria o seu quinto mandamento, que diz: “Não matar, nem causar outro dano, no corpo ou na alma, a si mesmo ou ao próximo”, sendo considerado um pecado mortal, que resulta, segundo seu dogma, na condenação da alma humana ao inferno pela violação da lei do seu Deus.

Outras grandes religiões também consideram o suicídio uma ofensa contra Deus pela crença religiosa na santidade da vida, o que torna o tema muitas vezes negligenciado e pouco discutido. Mesmo com todos os paradigmas e embates ao longo dos anos, o suicídio tem ganhado mais espaço e visibilidade nas discussões, principalmente quando decorridos de cenários famosos e com grandes repercussões, que logo são cercados por teorias da conspiração e especulações. Dentre eles, temos como casos conhecidos o suicídio do ex-

presidente do Brasil, Getúlio Vargas, o vocalista da banda Nirvana, Kurt Cobain, o rei do rock, Raul Seixas, o pintor Van Gogh, dentre outros. Todos apresentaram causas em comum, Van Gogh e Kurt Cobain sofriam de esquizofrenia ou abuso e dependência de substâncias tóxicas, como também no caso de Raul Seixas, fatores de risco que foram negligenciados ou tratados de forma estigmatizante até mesmo pela mídia, que ocultava dados relacionados ao suicídio justificando o incentivo a novos casos com os dados divulgados.

Por ser considerado um tabu, o suicídio que muitas vezes pode ser evitado tem seus sinais ignorados pela própria família e amigos, que acabam tratando o tema como algo absurdo, silenciando a vítima sobre a ideia suicida e outros sinais e sintomas, dificultando uma possível intervenção médica. Como consequência, temos a promoção de mais um fator de risco para o doente, que diante do estigma passa a ser mais introvertido e corta vínculos interpessoais, que poderiam ser um fator protetivo e até impeditivo.

Entende-se que a possível causa seja tão grande, que a dor sentida pelo indivíduo subjetivamente mostra não haver mais saída, nem quaisquer chances de receber ajuda. Há então um gatilho que dá início a um processo pelo qual o indivíduo se isola e passa a planejar o fim de seu sofrimento.

As pessoas frequentemente ficam constrangidas em admitir que estejam deprimidas, porque veem os sintomas como um “sinal de fraqueza” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015), e daí há todo um trabalho psíquico, médico e social que deve ser estudado, tratado e **desestigmatizado, a fim de que mais pessoas reconheçam seus sintomas e auxiliem na contenção da alta curva demográfica que é caracterizada pelo suicídio.**

De suas inúmeras causas e fatores de riscos, em 1897 o sociólogo Émile Durkheim publicou o livro “O suicídio”, o estudo presente nesse livro tenta compreender o porquê as pessoas atentam contra vida de forma consciente, porém ao analisar que o índice de suicídio ao longo dos anos permanece constante, Durkheim compreende que o suicídio não poderia ser levado somente para o plano psicológico, pois as motivações particulares individuais, como a história de vida e o contexto de cada suicida, por exemplo, não justificaria o fato desses índices serem constantes.

Assim Durkheim depreende que existem outros propulsores contribuintes para o ato suicida, que não partem somente do indivíduo, mas de razões com cunho social que intervém diretamente na motivação do suicídio.

O sociólogo retira a ideia de que o suicídio é algo que possa ser compreendido somente através do aspecto individual ou psicológico, e eleva para a ideia de que há uma influência do plano social nas ações do indivíduo, passando a entender o ato como um fato: a unidade de análise é a sociedade e não o indivíduo (DURKHEIM, 2000, p. XXV). Émile Durkheim ao chegar à conclusão de que o suicídio é um fato social e coletivo, compreende que o ato decorre de uma crise moral da sociedade e classifica o suicídio de três formas: egoísta, altruísta e anomia.

O egoísta é analisado e caracterizado pelo enfraquecimento dos laços entre indivíduo e a sociedade, e é geralmente praticado por aqueles indivíduos que não estão devidamente integrados à sociedade e encontrando-se isolados dos grupos sociais, como família, amigos, comunidade. Essa interação se desfaz, fazendo com que o indivíduo perca a sua identidade social, sua referência dentro da sociedade, e nesse caso a percepção individual acaba prevalecendo sobre o coletivo, o indivíduo considera a si mesmo e seus problemas maiores que todos.

Já o altruísta é o oposto do egoísta, sendo esse tipo de suicídio ligado ao social e ao coletivo. Nessa hipótese o indivíduo não tem vida própria, ele considera em sua totalidade a coletividade, essas pessoas morrem em prol da sociedade, assim o indivíduo se mata na intenção de fazer o bem para o seu contexto social. Alguns exemplos conhecidos são os camicases japoneses, que lutaram na segunda guerra mundial lançando os aviões que pilotavam sobre os inimigos tirando a própria vida. Outra situação são os homens bombas, que sacrificam a vida para fins religiosos extremistas, esse tipo de suicida acredita que o bem social é maior que a vida deles.

Uma vez que chamamos de egoísmo o estado em que se encontra o eu quando vive sua vida pessoal e só obedece a si mesmo, a palavra altruísmo expressa o estado contrário, aquele em que o eu não se pertence, em que se confunde com outra coisa que não ele, em que o polo de sua conduta está situado fora dele, ou seja, em um dos grupos de que faz parte. Por isso chamaremos de suicídio altruísta aquele que resulta de um altruísmo intenso (DURKHEIM, 2004, p. 275).

Por último, Durkheim retrata o suicídio como anomia, que ocorre em uma fraca regulamentação social entre as normas da sociedade, geralmente ocasionado por uma perda de padrão social, gerada por mudanças circunstanciais ou não, ou seja, o suicídio anomista é fruto de uma revolução, reforma política, reforma econômica entre outros contexto em que o indivíduo não suporta perder o padrão e status para uma grande mudança no meio social. A exemplo, a depressão de 1929, onde pessoas perderam muito dinheiro o que implicou no aumento do número de suicídios.

A anomia é, portanto, em nossas sociedades modernas, um fator regular e específico de suicídios; é uma das fontes em que se alimenta o contingente anual. Por conseguinte, estamos diante de um novo tipo, que deve ser distinguido dos outros. Difere deles na medida em que depende, não da maneira pela qual os indivíduos estão ligados à sociedade, mas da maneira pela qual ela os regulamenta. O suicídio egoísta tem como causa os homens já não perceberem razão de ser na vida; o suicídio altruísta, essa razão lhes parece estar fora da própria vida; o terceiro tipo de suicídio, cuja existência acabamos de constatar, tem como causa o fato de sua atividade se desregrar e eles sofrerem com isso. Por sua origem, daremos a essa última espécie o nome de suicídio anômico (DURKHEIM, 2004, pp. 328-329).

Algo marcante do suicídio ocorre no contexto de 1760 a 1840 que corresponde aos anos da revolução industrial que começou na Inglaterra e se espalhou pela Europa. Nesse período boa parte da população começa a deixar o campo e ir para cidade, aumentando a densidade demográfica e formando os primeiros centros urbanos. Nesse mesmo contexto as pessoas passam por uma crise de crenças e valores desencadeada na Europa no século XIX, dando origem ao mal do século que culminou no aumento dos casos de depressão e do índice de suicídio em boa parte da Europa. Além disso, com a evolução da revolução industrial e do capitalismo novas divisões de trabalhos surgiram junto com o aumento da densidade demográfica, levando, nesse âmbito, o conceito de solidariedade a ganhar outro rumo.

No entendimento de Durkheim a sociedade complexa faz com que a consciência coletiva perca sua força e o risco de anomia se torna constante. Nesse sentido, nas sociedades complexas, tem-se um tipo de solidariedade que não é mais baseada no consenso moral e no apego de cada indivíduo para com a coletividade:

Bem diverso é o caso da solidariedade produzida pela divisão do trabalho. Enquanto a precedente implica que os indivíduos se assemelham, esta supõe que eles diferem uns dos outros. A primeira só é possível na medida em que a personalidade individual é absorvida na personalidade coletiva; a segunda só é possível se cada um tiver uma esfera de ação própria, por conseguinte, uma personalidade. É necessário, pois, que a consciência coletiva deixe descoberta uma parte da consciência individual, para que nela se estabeleçam essas funções especiais que ela não pode regulamentar (DURKHEIM, 2008, p.108).

Todos esses fatores envolvendo a divisão de trabalho e do social são acompanhadas ao aumento da população, e para Durkheim, a vida na cidade grande cursa com a diminuição da integração social a qual é considerada um fator protetivo contra o suicídio,

mas se for exacerbada pode ser um fator de risco, como no militarismo onde os soldados têm uma intensa integração social na qual a instituição está acima do “eu”.

No século XVIII a Revolução Industrial levou ao êxodo rural o que configurou um aumento da concentração de pessoas nos centros urbanos da Inglaterra e em pouco tempo esse grande contingente se estabeleceu por boa parte da Europa e simultaneamente ocorreu um movimento literário chamado romantismo que na sua segunda geração ficou conhecido por mal do século, esse período ficou marcado por uma onda de depressão e suicídio por todo continente.

Em concordância com isso está o trecho da diretriz da OMS: “Pessoas que se mudaram de uma área rural para urbana, ou diferentes regiões, ou países, são mais vulneráveis a comportamento suicida”, resultando em um fato histórico que de certa forma mostra como altos níveis populacionais podem influenciar nos índices de depressão, acarretando no aumento da prevalência do suicídio.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva baseada em dados primários retrospectivos, especificamente da plataforma *dataSUS* e do banco de dados IBGE, para analisar a prevalência de suicídio de acordo com o contingente populacional, nas cidades do estado do Tocantins:

- Palmas;
- Araguaína;
- Porto Nacional;
- Gurupi;
- Colinas do Tocantins;
- Paraíso do Tocantins;
- Dianópolis;
- Formoso do Araguaia;
- Araguatins;
- Guaraí.

O estudo é de cunho clínico epidemiológico quantitativo, e tem como base os fatores etiológicos de suicídio dentro da teoria de Émile Durkheim, na qual o suicídio é um fato social e possui dados estatísticos corroborados com contextos externos.

Para essa pesquisa foram utilizados dados da plataforma *dataSUS* das estatísticas vitais de lesões autoprovocadas no período de 2015 a 2018 e dados do IBGE referente à

população dessas cidades no ano de 2017, visto que não houve grande variação nesses quatro anos.

RESULTADOS E DISCURSÃO

Quadro 1. Número de casos notificados por microrregião no estado do Tocantins.

Cidades	População	Média de Lesões Autoprovocadas 2015-2018	Prevalência de Lesões Autoprovocadas por 10.000 hab.
Palmas	228332	1035,25	43,43
Araguaína	150484	552,25	36,69
Gurupi	76755	420,25	54,75
Porto Nacional	49146	208,50	42,42
Paraíso do Tocantins	44417	106,25	23,92
Araguatins	31329	33,50	10,69
Colinas do Tocantins	30838	70,25	22,78
Guaraí	23200	71,00	30,6
Dianópolis	19121	59,50	31,13
Formoso do Araguaia	18684	27,00	14,45

Fonte: DataSUS – Sistemas de Nacional de Notificações.

Quando observado as lesões autoprovocadas de forma absoluta, é conclusivo que os maiores números são mais evidentes em locais de maior população. Tem-se maior população, Palmas, Araguaína, Gurupi e Porto Nacional, caracterizados na parte superior do quadro. Em contrapartida as cidades com menor contingente populacional possuem dados absolutos bem menores. Assim é demonstrada na tabela uma relação crescente, mas não proporcional entre o número de habitantes e as lesões autoprovocadas, exceto pela cidade de Araguatins que possui uma média de casos relativamente menor.

Porém, quando pegamos a média de lesões autoprovocadas de 2015 a 2018 e dividimos pela população geral de cada município correspondente, a prevalência permanece nas grandes cidades. Não existe uma relação proporcional e nem crescente, mas é possível observar que as cidades com menor população tem uma menor incidência de casos p/10000 hab.

Quadro 2. Prevalência de lesões autoprovocadas e média de acordo com a população das microrregiões.

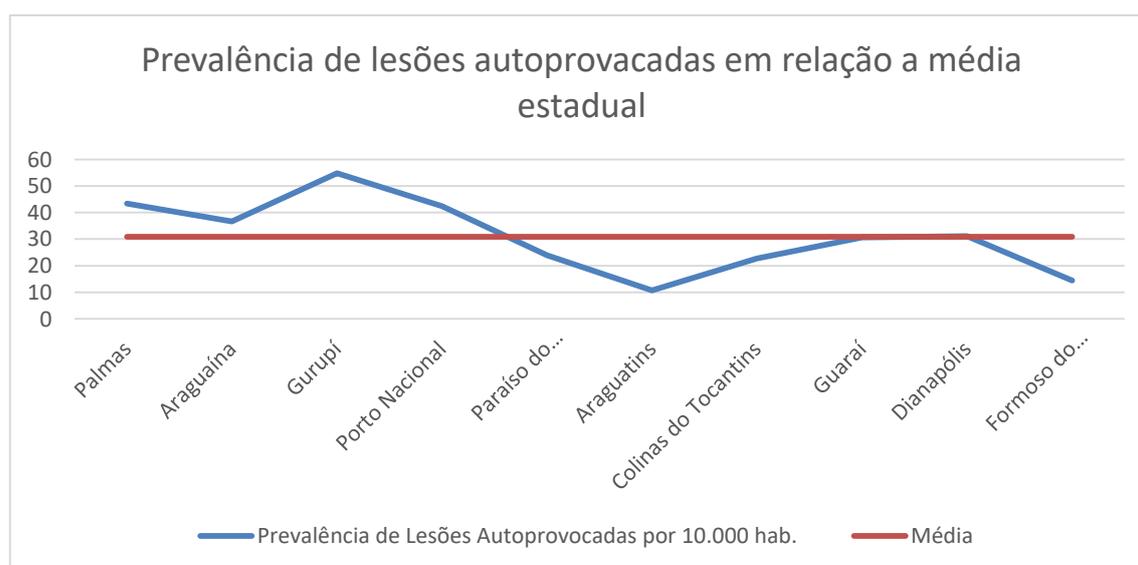
Cidades	Prevalência de Lesões Autoprovocadas por 10.000 hab.	Média total de lesões autoprovocadas p/10000 hab.
Palmas	43,43	30,865
Araguaína	36,69	30,865
Gurupi	54,75	30,865
Porto Nacional	42,42	30,865
Paraíso do Tocantins	23,92	30,865
Araguatins	10,69	30,865
Colinas do Tocantins	22,78	30,865
Guaraí	30,6	30,865
Dianópolis	31,13	30,865
Formoso do Araguaia	14,45	30,865

Fonte: DataSUS – Sistemas de Nacional de Notificações.

No quadro 2 é apresentada a prevalência de lesões autoprovocadas p/10000 habitantes em cada cidade, sendo que a média da prevalência do número de lesões autoprovocadas nas dez cidades é igual a 30,865.

Quando observamos as cidades que estão abaixo e acima da média geral, percebe-se que as cidades com maior contingente populacional ficam acima da média, enquanto cidades que possuem uma população menor que 45 mil habitantes tiveram resultados menores que 30,865 que é o caso de Paraíso do Tocantins, Araguaatins, Colinas do Tocantins, Guaraí, Dianópolis e Formoso do Araguaia. No gráfico abaixo é possível observar melhor:

Figura 1: Número de casos notificados por microrregião no estado do Tocantins.



Fonte: DataSUS – Sistemas Nacional de Notificações.

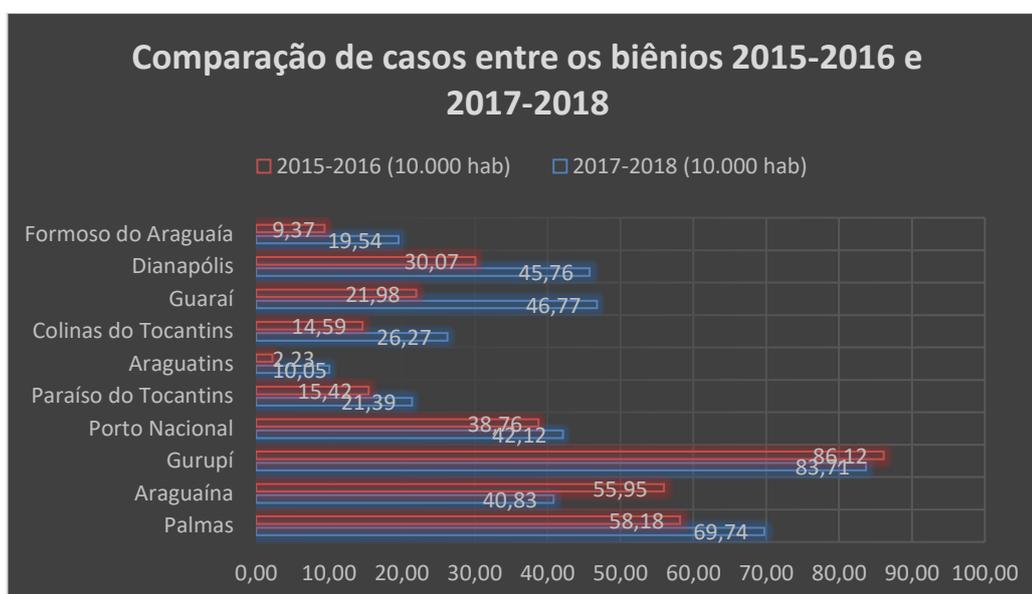
Tabela 1. Número de casos notificados por ano de acordo com a microrregião analisada.

CIDADE / ANO	2015	2016	2017	2018	Total
Palmas	1201	1456	1571	1614	5842
Araguaína	776	908	646	583	2913
Gurupi	268	1054	661	624	2607
Porto Nacional	185	196	218	196	795
Paraíso do Tocantins	86	51	85	105	327
Araguatins	6	8	19	44	77
Colinas do Tocantins	22	68	100	62	252
Guaraí	44	58	84	133	319
Dianópolis	56	59	80	95	290
Formoso do Araguaia	11	24	40	33	108

Fonte: DataSUS – Sistemas de Nacional de Notificações.

Ao observar os números de casos ocorrido ano após ano de cada cidade é possível constatar um aumento exacerbado de casos nas pequenas cidades quando comparado à média de casos em 2015 a 2016 e a média de 2017 a 2018. Enquanto nas cidades com mais de 45 mil habitantes quase não houve variação. Ainda assim é nítido que as cidades com população menor, são menos suscetíveis a ter lesões autoprovocadas.

Fig. 2: Comparação de lesões autoprovocadas notificadas entre os biênios analisados.



Fonte: DataSUS – Sistemas de Nacional de Notificações.

CONCLUSÃO

Em conclusão ao estudo feito observou-se que cidades do Tocantins com um contingente populacional entre 18 e 45 mil habitantes tem uma menor prevalência de lesões autoprovocadas, enquanto cidades com contingente populacional acima de 45mil configuram-se como fator de risco para saúde mental devido a sua maior prevalência de lesões autoprovocadas.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida: epidemiologia**. Psicologia USP, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>. Acesso em 22 de junho de 2020.

CECCON, Roger Flores et al. **Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2225-2234, 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702225&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 de junho de 2020.

DURKHEIM, Émile. **As Regras do Método Sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra. 2002.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SILVA, Bráulio Figueiredo Alves da et al. **O suicídio no Brasil contemporâneo**. Sociologia Estado, Brasília, v. 33, n. 2, p. 565-579, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922018000200565&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 de junho de 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra. 2002.