

Análise histórica de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente no Estado do Paraná segundo dados do DATASUS

Historical analysis of deaths from intentionally self-inflicted injuries in Paraná State according to data from DATASUS

Análisis histórico de muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente en el Estado de Paraná según datos de DATASUS

Recebido: 30/08/2021 | Revisado: 05/09/2021 | Aceito: 08/09/2021 | Publicado: 11/09/2021

André Inácio da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7086-677X>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: andreinacio97@hotmail.com

Maiara Basseto Sena

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0182-1057>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: maiara.sena.07@hotmail.com

Guilherme Galerani Mossini

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2139-653X>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: guilhermemossini@gmail.com

Renata Sano Lini

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6161-2225>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: renatalini23@gmail.com

Rafaely de Cassia Nogueira Sanches

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1686-7595>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: rcnsanches2@uem.br

Simone Aparecida Galerani Mossini

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9535-0983>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: sagmossini@uem.br

Resumo

Pesquisas abordando o tema da violência autoinfligida são relevantes, mas têm sido pouco abordados no Brasil. Este estudo tem como objetivo analisar dados sobre notificações de mortes por lesões autoprovocadas no estado do Paraná. Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, de abordagem quantitativa a partir de dados secundários obtidos dos sistemas de informação de saúde nacionais de casos notificados de óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente no estado do Paraná, no período de 2009 a 2018, referente ao Código Internacional da Doença (CID) 10 da categoria X60 a X84. Foram identificados 6609 óbitos por lesões autoprovocadas com crescimento significativo ($p < 0,0001$) no período analisado, com predominância do sexo masculino (79,69%), solteiro (49,27%), com maior ocorrência em domicílio (64,26%) e faixa etária entre 20 a 59 anos. A principal causa de óbito foi a lesão autoprovocada por enforcamento, estrangulamento e sufocação. Autointoxicação por medicamentos e drogas de abuso apresentou crescimento importante a partir de 2014. Neste cenário, conclui-se que informações epidemiológicas são ferramentas importantes para compreensão da violência autoprovocada que possam fornecer subsídios para o desenvolvimento de estratégias de prevenção desse agravo.

Palavras-chave: Comportamento autodestrutivo; Violência; Suicídio; Mortalidade.

Abstract

Research addressing the theme of self-inflicted violence is relevant but has been little discussed in Brazil. This study aims to analyze data on notifications of deaths from self-harm in Paraná state. This is an ecological, descriptive study with a quantitative approach based on secondary data obtained from national health information systems of notified cases of deaths from intentional self-harm in Paraná, in the period from 2009 to 2018, referring to the International Disease Code (IDC) 10 from category X60 to X84. A total of 6609 deaths from self-harm were identified with significant growth ($p < 0.0001$) in the analyzed period, with a predominance of males (79.69%), single (49.27%), with the highest occurrence at home (64.26%) and aged between 20 and 59 years. The main cause of death was self-inflicted injury by hanging, strangulation, and suffocation. Self-intoxication due to medications and drugs of abuse

showed significant growth from 2014 onwards. In this scenario, it is concluded that epidemiological information is an important tool for understanding self-inflicted violence that can provide support for the development of prevention strategies for this problem.

Keywords: Self-injurious behavior; Violence; Suicide; Mortality.

Resumen

La investigación que aborda el tema de la violencia autoinfligida es relevante, pero se ha discutido poco en Brasil. Este estudio tiene como objetivo analizar datos sobre notificaciones de muertes por autolesiones en el estado de Paraná. Se trata de un estudio ecológico, descriptivo con enfoque cuantitativo basado en datos secundarios obtenidos de los sistemas nacionales de información en salud de casos notificados de defunciones por autolesión intencional en el estado de Paraná, en el período de 2009 a 2018, en referencia al Código Internacional de Enfermedad (CIE) 10 de categoría X60 a X84. Se identificaron un total de 6609 defunciones por autolesiones con crecimiento significativo ($p < 0,0001$) en el período analizado, con predominio de hombres (79,69%), solteros (49,27%), con mayor incidencia en el domicilio (64,26%) y entre 20 y 59 años. La principal causa de muerte fueron las lesiones autoinfligidas por ahorcamiento, estrangulamiento y asfixia. La auto-intoxicación por medicamentos y drogas de abuso mostró un crecimiento significativo a partir de 2014. En este escenario, se concluye que la información epidemiológica es una herramienta importante para entender la violencia autoinfligida que puede apoyar el desarrollo de estrategias de prevención de esta enfermedad.

Palabras clave: Conducta autodestructiva; Violencia; Suicidio; Mortalidad.

1. Introdução

Violência, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, pode ser definida como o “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. A definição possibilita a classificação de diferentes tipos de violência, entre elas a interpessoal, a coletiva e a autoinfligida (World Health Organization [WHO], 2002). A violência autoinfligida, denominada também como lesão autoprovocada intencionalmente, pode ser subdividida em comportamento suicida e autoabuso. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio, também denominados "autolesão deliberada" em alguns países, e suicídios completados. O autoabuso, por outro lado, inclui atos como a automutilação, englobando ações que buscam causar dor, mas não a morte (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2011; WHO, 2002).

Adotaremos o termo Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (LAI), utilizado pelo Ministério da Saúde (MS), para designar todos os tipos de ação violenta autoinfligida. Para aquelas ações cujo objetivo é causar a morte, usaremos suicídio e tentativa de suicídio (TS) para ações que não visam o óbito, usaremos a nomenclatura “Autolesão sem intenção suicida”.

Desde 2011, é compulsória e universal a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), objetivando fortalecer e intensificar a geração de dados, para fins de intervenção e prevenção de ocorrências (Ministério da Saúde [MS], 2016). No ano de 2014 a notificação da TS tornou-se também obrigatória (MS, 2014). Ambas as formas de violência, LAI e TS, constituem fatores de risco para o suicídio (MS, 2017), e precisam ter seus perfis conhecidos. As LAI representam implicações epidemiológicas importantes para saúde pública, uma vez que segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em números absolutos, apenas no ano de 2018 foram registrados 12.104 óbitos no Brasil, evidenciando o impacto e relevância desse assunto.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as LAI são a segunda principal causa global de morte de pessoas entre 15 e 29 anos, sendo que 75% dos casos acontecem em países de baixa e média renda. O Brasil ocupa o oitavo lugar de países com o maior número de suicídios, atrás apenas da Índia, China, Estados Unidos, Rússia, Japão, Coreia do Sul e Paquistão. No Brasil as LAI passaram por um crescimento de 62,5% entre os períodos de 1980 a 2000, apresentando taxas maiores que acidentes de trânsito e homicídios. Em 2018, o país registrou 12.104 óbitos por LAI, e acrescenta-se a isso que muitas mortes não são registradas como suicídio, sem contar com as TS que acontecem em uma esfera 10 vezes superior aos

casos consumados (Silva, Prates, Cardoso, & Castro, 2018).

O estado do Paraná apresentou taxa de mortalidade por suicídio entre os anos de 1996 e 2012 de 8,4 óbitos por 100.000 habitantes, superior à taxa nacional (5,7 óbitos por 100 mil habitantes), ao estado da Bahia (3,9 por 100 mil habitantes) e São Paulo (4,6 por 100 mil habitantes) (Sousa, Mascarenhas, Lima, Cunha, & Rodrigues, 2020), sinalizando a necessidade de ações preventivas e assistência oportuna aos casos de risco.

A identificação de fatores de risco podem ser ferramentas importantes de prevenção, uma vez que esses fatores podem atuar de maneira isolada ou em conjunto na realidade do indivíduo, causando sofrimento e adoção de ações autodestrutivas, com elevado risco de morte (Bahia, Avanci, Pinto, & Aminayo, 2017; Minayo, 2016; WHO, 2014; Turhan, Inandi, Aslan, & Zeren, 2011). Tais fatores de risco podem ser psicológicos e psiquiátricos, genéticos, sociais e ambientais, relacionando-se entre si de diversas formas. Entre os fatores psicológicos e psiquiátricos, encontramos distúrbios como transtornos bipolares e de personalidade, ansiedade, esquizofrenia, depressão, e abuso de álcool e outras drogas. A autointoxicação por álcool e outras drogas merece atenção, pois podem predispor à eventos de LAI, potencializado o estado psicológico previamente alterado. A influência genética também apresenta sua parcela de contribuição para maior propensão do indivíduo em cometer lesões contra si próprio (WHO, 2014). Os fatores sociais, exemplificados por eventos traumáticos vividos na infância e adolescência também podem ser desencadeadores de LAI (WHO, 2002). Entre os fatores ambientais, relações interpessoais, relacionamento familiar, profissional e/ou amoroso conflituosos podem ser considerados desencadeadores e impulsionadores (Bahia et al., 2017; Minayo, 2016; WHO, 2014; Turhan et al., 2011).

Ações de conscientização e prevenção vêm sendo realizadas ao longo dos anos, por setores públicos e privados, principalmente em face do aumento do número de casos de LAI, fomentando discussões e buscando propostas de novos modelos de atuação. Além disso, informações confiáveis e consistentes são importantes para fins de prevenção e visam a conscientização e capacitação dos profissionais da saúde. Dentro do cotidiano do profissional, cabe a ele estar atualizado sobre as perspectivas desse agravo, identificando perfis de indivíduos mais suscetíveis a comportamentos autodestrutivos. O uso dos sistemas de informação em saúde configura-se entre as principais estratégias de prevenção, uma vez que essa ferramenta pode fornecer subsídios para tomadas de decisão, para o direcionamento à rede de atenção adequada, acompanhamento e monitoramento dos casos, intervenções precoces e demais medidas necessárias (MS, 2017). Dentro desse contexto, o objetivo deste estudo é analisar o percentual de óbitos por LAI, enquadrados como morte por causas evitáveis, no estado do Paraná, no período de 2009 a 2018, utilizando dados disponibilizados pelo DATASUS, com a finalidade de conhecer o perfil dos indivíduos atendidos pelo setor de saúde durante esse período.

2. Metodologia

Trata-se de estudo transversal, retrospectivo de abordagem quantitativa desenvolvida por meio de pesquisa exploratória documental dos dados referentes à mortalidade por LAI no estado do Paraná, Brasil, no período de 2009 a 2018. Os dados foram obtidos por meio de consulta às bases de dados do SINAN e do SIM (Sistema de Informações de Mortalidade), disponibilizados pelo DATASUS, que permitem a extração de dados anônimos.

O estado do Paraná possui uma população estimada de 11.597.484 habitantes, distribuídos em 399 municípios (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2021). Os municípios estão agrupados em seis macrorregionais de saúde (Leste, Campos Gerais, Norte, Centro Sul, Oeste e Noroeste) e 22 Regionais de Saúde (RS) (Ministério Público do Paraná [MPP], n.d.). Os serviços de saúde mental no estado estão compostos por 52 ambulatórios de saúde mental distribuídos em 19 RS; 134 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados; 13 hospitais psiquiátricos com total de 2.012 leitos; 132 leitos ativos de saúde mental em hospital geral e 18 serviços residenciais terapêuticos (SRTs) (Secretaria do Estado da Saúde, 2019).

Foram coletados dados referente a óbitos registrados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), entre a classificação X60 a X84, sendo que, para fins desse estudo, as CID alvo da pesquisa foram agrupadas em quatro grandes categorias, de acordo com similaridade da causa da morte, sendo eles, Autointoxicação por medicamentos e drogas de abuso (CID-10 X60 à X65); Autointoxicação por produtos químicos (CID-10 X66 à X69); Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID-10 X70) e Lesões autoprovocadas intencionalmente por outros meios (CID-10 X71 à X84).

A pesquisa teve caráter censitário, utilizando dados dos sistemas SIM/DATASUS, incluindo indivíduos entre 05 a 74 anos de idade. O estudo levantou as seguintes características e indicadores: sexo, idade, raça, estado civil, grau de escolaridade, bem como local de ocorrência do óbito. A variável idade foi agrupada em faixas etárias conforme especificação disponibilizada pelo DATASUS: 5 a 9 anos; 10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos e 70 a 74 anos.

A análise dos dados compreendeu a frequência simples absoluta (números absolutos) e relativo (proporção, razão e taxas). Para o cálculo da taxa de mortalidade foi considerado como numerador os casos de óbito por LAI e como denominador a estimativa populacional do Paraná (IBGE, 2021), o resultado desta divisão foi multiplicado por 100.000, para que o resultado fosse expressado por 100.000 habitantes. A análise de tendência foi realizada utilizando o programa Bioestat® versão 5.3. Os dados foram colhidos em formulário próprio, criado para tal finalidade pelos pesquisadores, e digitados em planilhas no programa Excel.

O quadro 1 apresenta a descrição de cada tipo de LAI registrada na CID-10, e que serviram de base para este estudo.

Quadro 1. Códigos da CID-10 relacionados a LAI.

CID	Descrição
X60	Autointoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos Inclui: derivados (da) (do): pirazolona, 4-animofenol, drogas antiinflamatórias não esteróides, Salicatos
X61	Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte Inclui: antidepressivos, barbitúricos, derivados da hidantoína, iminostilbenos, metaqualona e seus derivados, neurolépticos, psicoestimulantes, succimidas e oxazolidina-diona, Tranquilizantes
X62	Autointoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte Inclui: cannabis (derivados da), cocaína, codeína, heroína, lisérgida [LSD], maconha, mescalina, metadona, morfina, ópio (alcalóides)
X63	Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo Inclui: parassimpaticolíticos [anticolinérgicos e antimuscarínicos] e espasmolíticos, parassimpaticomiméticos [colinérgicos], simpaticolíticos [antiadrenérgicos], simpaticomiméticos [adrenérgicos]
X64	Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas Inclui: anestésicos (gerais) (locais), antibióticos sistêmicos e outros medicamentos anti-infecciosos, gases terapêuticos, hormônios e seus substitutos sintéticos, medicamentos de ação sobre o aparelho cardiovascular e gastrointestinal, medicamentos e drogas de ação sobre o metabolismo da água, dos sais minerais e do ácido úrico, medicamentos sistêmicos e hematológicos, preparações de uso tópico, produtos que atuam sobre os músculos lisos e esqueléticos e sobre o aparelho respiratório, Vacinas.
X65	Autointoxicação voluntária por álcool Inclui: álcool: SOE, butílico [1-butanol], etílico [etanol], isopropílico [2-propanol], metílico [metanol], propílico [1-propanol], fusel [óleo fusel]
X66	Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores Inclui: benzeno e seus homólogos, clorofluorcarbonos, petróleo (derivados), tetracloreto de carbono [tetraclorometano]

X67	Autointoxicação intencional por outros gases e vapores Inclui: dióxido de enxofre, gás (de): escapamento de um veículo a motor, iluminação, lacrimogêneo, monóxido de carbono, óxidos de nitrogênio. Exclui: emanções e vapores de metal (X69.-)
X68	Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas Inclui: desinfetantes por fumigação (fumigantes), fungicidas, herbicidas, inseticidas, produtos usados na proteção de florestas, raticidas. Exclui: adubos e fertilizantes (X69.-)
X69	Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas Inclui: adubos e fertilizantes, aromáticos corrosivos, ácidos e álcalis cáusticos, colas e adesivos, metais incluindo suas emanções e vapores, plantas e substâncias alimentares venenosas, sabões e detergentes, tintas e corantes
X70	Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação
X71	Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão
X72	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão
X73	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre
X74	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada
X75	Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos
X76	Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas
X77	Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes
X78	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante
X79	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente
X80	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado Inclui: queda intencional de um nível a outro
X81	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento
X82	Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor Inclui: colisão intencional com: bonde (carro elétrico), trem (comboio), veículo a motor. Exclui: queda de aeronave (X83.-)
X83	Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados Inclui: lesão autoprovocada intencionalmente por: eletrocussão, queda de aeronave, substâncias cáusticas, exceto intoxicação (envenenamento)
X84	Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados

Fonte: Elaborados pelos autores com base na CID-10 publicada pela WHO (2019).

3. Resultados

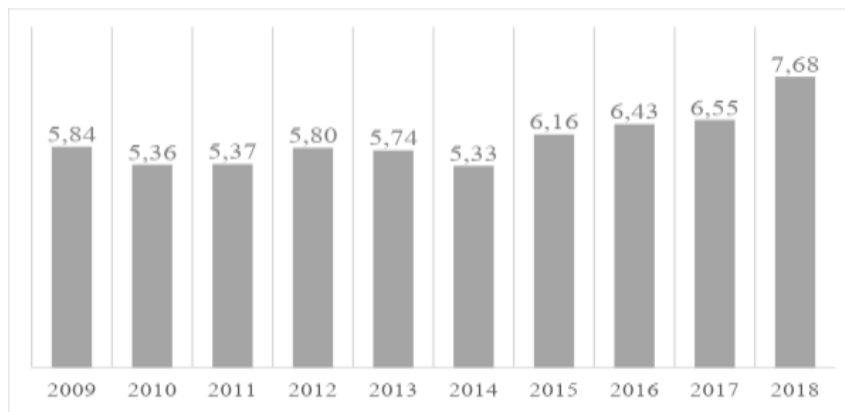
Em números absolutos, o Brasil registrou 102.901 óbitos por LAI entre os anos de 2009 a 2018, enquanto que o Paraná registrou 6.609, correspondendo a 6,42% em relação ao número total de óbitos no país. O Sul do Brasil apresentou um total de 22.988 óbitos, correspondendo a 22,33% do total nacional. O Paraná corresponde a 28,74% do total da região sul. A Tabela 1 caracteriza os casos notificados no estado. Houve predominância, em todo período analisado, do sexo masculino (79,69%), solteiro (49,27%), com maior expressão de ocorrência em domicílio (64,26%).

Observou-se que 34,14% dos indivíduos possuíam pouca escolaridade (de 4 a 7 anos de estudo), 29,94% tinham entre 8 e 11 anos de estudo, e somente 11,35% frequentaram a escola por 12 anos ou mais. Entre 2009 a 2015 prevaleceu a faixa de 4 a 7 anos de estudo, a partir de 2016 houve um acréscimo nos anos de estudo, a escolaridade de 8 a 11 anos de estudo se sobressai e se manteve assim até 2018.

Os casos de LAI no Paraná variaram de 624 casos em 2009 a 872 casos em 2018, a análise de tendência indica

crescimento significativo dos casos entre os anos 2015 a 2018, com $p < 0,0001$. A taxa de mortalidade calculada para LAI, variou de 5,33/100 mil habitantes a 7,68/100 mil habitantes entre os anos investigados, como representado na Figura 1. De 2017 para 2018 houve o maior crescimento da taxa de mortalidade, com um salto de 117,3%.

Figura 1. Taxa de mortalidade por LAI a cada 100 mil habitantes. Paraná, Brasil, 2009-2018.



Fonte: Autores.

A Figura 2 demonstra os casos de LAI por grupos de CID-10 criados pelos autores, fundamentando-se na similaridade da classificação da causa do óbito. A LAI por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70) é a CID que apresenta mais casos notificados, variando de 356 casos (5,39%) notificados em 2011 a 607 (9,18%) casos notificados em 2018. Sempre com predomínio do sexo masculino, estado civil solteiro e domicílio como local de ocorrência, em todos os anos analisados. A análise de tendência para essa CID isolada também indicou crescimento significativo dos casos com $p < 0,0001$.

Ao analisar a Figura 2 é possível perceber que a autointoxicação por medicamentos e drogas de abuso (X60 à X65) vem crescendo desde 2014. As autointoxicações por produtos químicos (X66 à X69) apresentaram uma diminuição de 76% dos casos de 2016 para 2017 e seguiram em queda no ano de 2018. As lesões autoprovocadas intencionalmente por outros meios (X71 à X84) apresentaram crescimento de 128,6% entre 2017 e 2018.

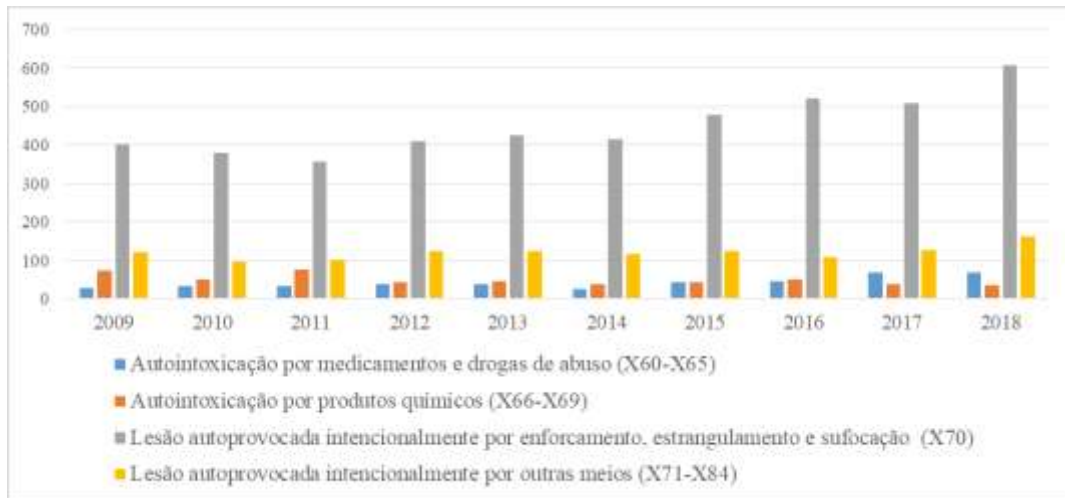
As Figuras 3, 4 e 5 apresentam quais CID compõem os grupos elaborados pelos autores. A Figura 3 demonstra o grupo de autointoxicação por medicamentos e drogas de abuso. É possível perceber que a X61 representa maioria nos casos notificados, seguido por X64. Especificamente a X64 apresentou inversão de sexo em 2014, ou seja, de 2009 a 2013 havia predominância do sexo feminino e de 2014 a 2018 os casos em homem cresceram.

Tabela 1. Óbitos por LAI no Estado do Paraná, Brasil, no período de 2009 a 2018.

	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo																				
Masculino	506	81,09	445	79,46	442	78,23	476	77,52	505	80,03	482	81,56	539	78,34	599	82,85	566	76,38	707	81,08
Feminino	118	18,91	115	20,54	123	21,77	138	22,48	126	19,97	109	18,44	149	21,66	124	17,15	175	23,62	165	18,92
Estado Civil																				
Solteiro	314	50,32	297	53,04	281	49,73	310	50,49	310	49,13	290	49,07	317	46,08	343	47,44	350	47,23	444	50,92
Casado	240	38,46	191	34,11	213	37,70	193	31,43	203	32,17	183	30,96	215	31,25	239	33,06	229	30,90	258	29,59
Viúvo	13	2,08	20	3,57	19	3,36	15	2,44	22	3,49	19	3,21	24	3,49	23	3,18	24	3,24	29	3,33
Separado	36	5,77	44	7,86	37	6,55	44	7,17	47	7,45	50	8,46	72	10,47	68	9,41	71	9,58	80	9,17
Escolaridade																				
Nenhuma	19	3,04	24	4,29	27	4,78	30	4,89	20	3,17	23	3,89	19	2,76	18	2,49	22	2,97	13	1,49
1-3 anos	118	18,91	107	19,11	104	18,41	129	21,01	127	20,13	108	18,27	100	14,53	116	16,04	106	14,30	101	11,58
4-7 anos	252	40,38	209	37,32	227	40,18	196	31,92	200	31,70	218	36,89	236	34,30	227	31,40	222	29,96	269	30,85
8-11 anos	139	22,28	123	21,96	98	17,35	178	28,99	194	30,74	154	26,06	228	33,14	249	34,44	274	36,98	342	39,22
>12 anos	64	10,26	68	12,14	69	12,21	59	9,61	63	9,98	61	10,32	78	11,34	76	10,51	94	12,69	118	13,53
Local de atendimento																				
Hospital	104	16,67	100	17,86	105	18,58	93	15,15	104	16,48	80	13,54	115	16,72	106	14,66	107	14,44	136	15,60
Outro estabelecimento de saúde	7	1,12	12	2,14	14	2,48	15	2,44	15	2,38	9	1,52	14	2,03	19	2,63	16	2,16	20	2,29
Domicílio	383	61,38	368	65,71	360	63,72	408	66,45	384	60,86	389	65,82	421	61,19	462	63,90	498	67,21	574	65,83
Via pública	47	7,53	25	4,46	32	5,66	26	4,23	34	5,39	31	5,25	37	5,38	33	4,56	42	5,67	49	5,62
Outros locais	107	17,15	82	14,64	82	14,51	85	13,84	116	18,38	111	18,78	129	18,75	139	19,23	111	14,98	135	15,48
Total de óbitos	624	100,00	560	100,00	565	100,00	614	100,00	631	100,00	591	100,00	688	100,00	723	100,00	741	100,00	872	100,00

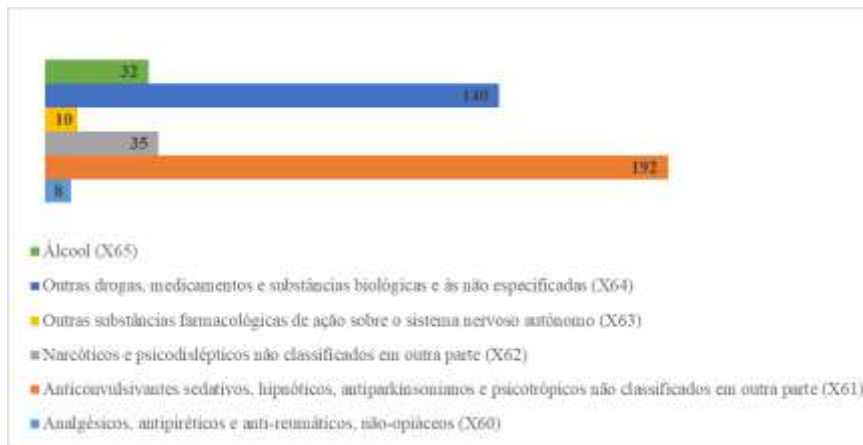
Fonte: Autores.

Figura 2. Taxa de óbitos por LAI em números absolutos por grupamento de CID-10 de acordo com similaridade.



Fonte: Autores.

Figura 3. Autointoxicação por medicamentos e drogas de abuso. Paraná, 2009-2018.

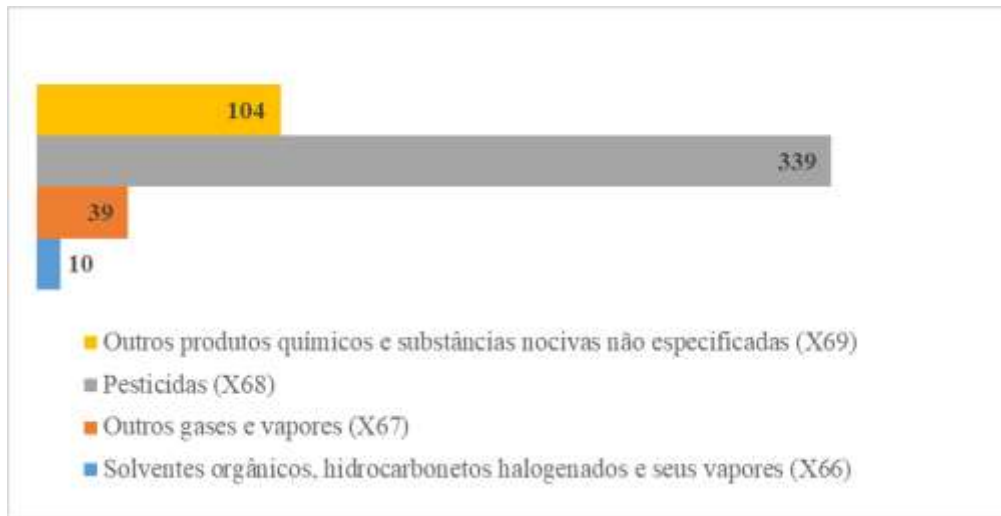


Fonte: Autores.

A Figura 4 exibe as CID de autointoxicação por produtos químicos. Observou-se que os pesticidas (CID-10 X68) são responsáveis pela maioria dos casos registrados, em comparação com outros produtos químicos. Esta CID apresentou queda de 51,6% dos casos entre 2011 e 2012 e seguiu em queda até 2018. Para CID X69 observou-se predominância do sexo masculino de 2009 a 2016, em 2017 e 2018 os casos em mulheres apresentaram aumento.

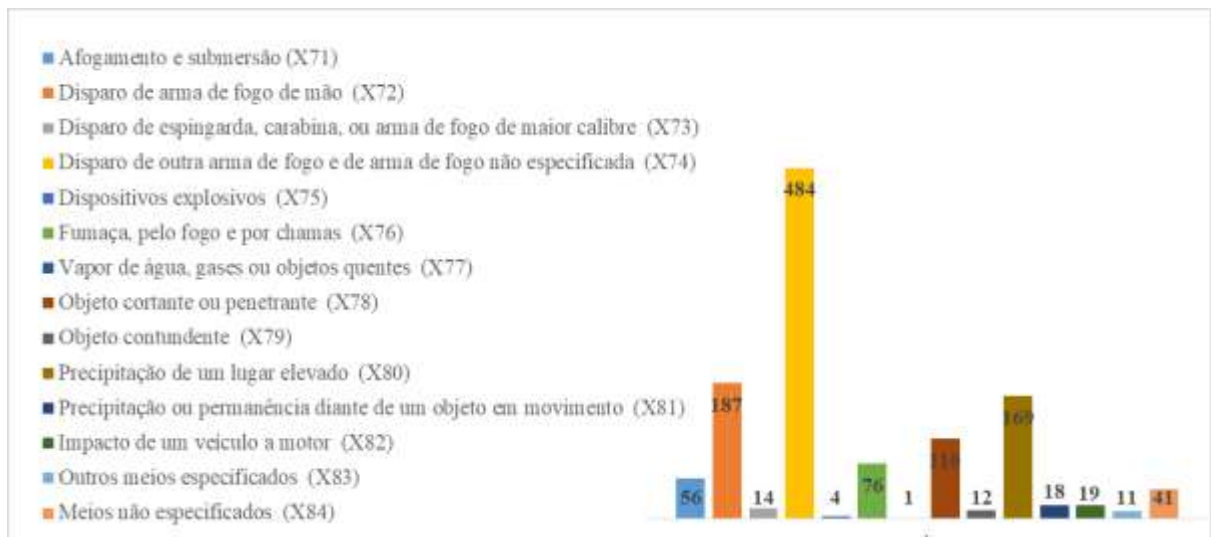
A Figura 5 apresenta as CID que compõem o grupo criado pelos autores de lesões autoprovocadas intencionalmente por outros meios (X71 à X84), percebeu-se que a X74 é a mais expressiva, com 484 casos notificados nos 10 anos analisados. As CID X78 e X79 apresentaram aumento de 150% e 155% dos casos, respectivamente, entre 2017 e 2018.

Figura 4. Autointoxicação por produtos químicos. Paraná, 2009-2018.



Fonte: Autores.

Figura 5. Lesões autoprovocadas intencionalmente por outros meios. Paraná, 2009-2018.



Fonte: Autores.

4. Discussão

O Brasil registrou 183.484 mortes por suicídio no período entre 1996-2016, evidenciando um aumento de 69,6% de casos de suicídio. O cenário foi reproduzido em todas as regiões brasileiras no mesmo período, com a região Sul apresentando aumento de 34,2%. Em relação à LAI, foram registrados, a partir do DATASUS, no mesmo período no Brasil, 186.891 notificações (Marcolan & Silva, 2019). No estado do Paraná foram registrados 6.609 casos de LAI entre 2009 e 2018, uma taxa de mortalidade variando de 5,33/100 mil habitantes em 2009 a 7,68/100 mil habitantes em 2018.

Cenário semelhante ao encontrado no estado do Paraná é visto nos outros estados do país, como o descrito no boletim publicado pelo MS em 2017, que descreve o perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil (MS, 2017).

A prevalência de óbitos por LAI no sexo masculino, observada em nosso estudo, é a esperada em países ocidentais (WHO, 2014) e outros estudos relatam a ocorrência envolvendo na maioria homens (Vasconcelos-Raposo, Soares, Silva, Fernandes, & Teixeira, 2016; Marcolan & Silva, 2019). Homens demonstram resistência na procura de ajuda psicológica (Bilsker & White, 2011), utilizam métodos que favorecem a eficácia e maior letalidade, como arma de fogo, e são mais

expostos a sentimentos de falência causados por insucesso financeiro, competitividade e impulsividade, que são fatores de risco para o suicídio (MS, 2017; Vasconcelos-Raposo et al., 2016; Machado & Santos, 2015; Botega, 2014). Contrariamente, em estudo realizado no estado de Goiás, as mulheres foram a grande maioria (67%) das vítimas de LAI (Rodrigues, Oliveira, Silva, & Pinheiro, 2020).

A faixa etária onde ocorreu maior número de casos de LAI (20-59 anos) em nosso estudo corresponde a indivíduos adultos-jovens e economicamente ativos, entre os quais as razões para a ocorrência de LAI podem estar associadas a motivos afetivos como rompimentos de relacionamento, dificuldades financeiras e profissionais. Indivíduos adultos e pessoas de meia-idade podem estar expostos a causas relacionadas ao trabalho, finanças e pressão familiar (Jagodic, Agius, & Pregeli, 2012; Li, Page, Martin & Taylor, 2011). Situações econômicas adversas associadas e alterações psicológicas e estresse, dificuldades de enfrentamento e superação de circunstâncias negativas podem ser considerados fatores de risco para o suicídio (MS, 2015; Ribeiro, et al., 2018.; Abreu, Álvarez & Lozano, 2018). Dessa forma, condições de qualidade de vida, acesso a cuidado e saúde, são fatores influenciadores nos índices de LAI nas diferentes faixas etárias.

A literatura reporta uma maior prevalência de suicídio entre os solteiros, viúvos e pessoas separadas (Vidal, Gontijo, & Lima, 2013) população considerada mais vulnerável, assim como evidenciado em nosso estudo, onde houve prevalência de solteiros (49,35%), seguida de casados (32,96%). Lima, Oliveira, Oliveira e Rossoni (2019) igualmente evidenciaram essa tendência. Os indivíduos casados foram o segundo estado civil com mais óbitos (29%) no presente estudo, o que pode estar associado a fatores socioeconômicos ou, por casualidade, refletir apenas um determinado período. 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 nesse grupo (Vidal et al., 2013).

A maioria dos indivíduos que sofreram LAI no período analisado tinha baixa escolaridade, com menos de 7 anos de estudo. Estudos têm associado essa característica às maiores taxas de suicídio (Machado & Santos, 2015).

Morte por LAI é uma situação que pode ser considerada evitável, entretanto ocupa a segunda posição entre as principais causas de mortes entre jovens na faixa etária entre 15 e 29 anos (WHO, 2014). Cerca de 25% de indivíduos que praticam TS, entram efetivamente em contato com algum tipo de serviço de saúde em busca de atendimento, segundo relato da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003). Dessa porcentagem, as estatísticas em saúde ainda sofrem com os problemas relacionados à subnotificação, presentes nos serviços médicos até mesmo dos países desenvolvidos e com bom aporte tecnológico. Somando-se à essas situações, o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, onde os aspectos bio-psico-espirituais, presentes em uma perspectiva holística, muitas vezes não são levados em consideração pelos profissionais atuantes na área e onde um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático não se mostra presente, dificulta ainda mais as ações necessárias à diminuição dos atuais índices e de uma efetiva alteração da realidade.

As principais causas de LAI no estado do Paraná, no período analisado no estudo foram por enforcamento, estrangulamento e sufocação. Dados da OMS identificam a ingestão de agrotóxicos, enforcamento e armas de fogo como os métodos mais comuns de suicídio em todo o mundo (WHO, 2014). Nos EUA, os meios mais frequentemente reportados utilizados pelos homens para LAI foi o uso de armas de fogo (55,4%) e envenenamento por medicamentos para mulheres (34,1%). Na Europa Ocidental, o uso de armas de fogo representa um índice menor, com a precipitação de altura ou diante de um trem, configurando como o método principal. Envenenamento por agrotóxicos é frequente em países de baixa e média renda e regiões agrícolas. (WHO, 2014). Em outros estudos foi relatado predominância de enforcamento, arma de fogo e uso de agrotóxicos, dados que corroboram com outros estudos realizados em localidades com predomínio da agricultura como fonte de renda, devido ao fácil acesso a cordas para o enforcamento, armas de fogo e agrotóxicos (Campos et al., 2019). O isolamento geográfico, que dificulta o acesso a serviços de saúde, a facilidade no acesso a meios para efetivar o ato suicida, a

manipulação e armazenamento de agrotóxicos no domicílio ou proximidades explica a prevalência entre trabalhadores rurais, que constituem o grupo ocupacional mais prevalente (Milner, Spittal, Pirkis & LaMontagne, 2013; Hirsch & Cukrowicz, 2014). Em estudos sobre o suicídio na população brasileira, o uso de armas de fogo é elencado como a terceira forma mais utilizada (Botega, 2014). Enforcamento, esteve entre os meios relatados por Machado e Santos (2015) no período de 2000 a 2012 no Brasil, quando associado às lesões por armas de fogo e autointoxicação por agrotóxicos, totalizaram 79,6% dos casos.

Quanto ao uso de medicamentos, é pertinente evidenciar a disponibilidade, uso indiscriminado e irracional desses produtos, principalmente os medicamentos neuropsicotrópicos, relacionados à alta letalidade nos suicídios e aceitabilidade social, sendo as mulheres o grupo mais vulnerável (C. A. Gonçalves, C. A. Gonçalves, Santos & Terra, 2017; Machado & Pereira, 2017; Silva & Álvares, 2019).

Apesar dos dados apontarem um crescimento da taxa de mortalidade por LAI no estado do Paraná, entre os anos investigados, pode-se afirmar que a realidade é ainda mais preocupante devido ao grande número de subnotificações de casos na realidade brasileira. Dentre outros motivos, a subnotificação ocorre pelo estigma social e tabu envolvendo o tema, por questões sociais e familiares, além de motivos políticos que estão fortemente presentes nos ambientes de saúde. As complexidades e as dificuldades sociais na abordagem das LAI são nítidas, justamente pelo significado para os sujeitos que a cometem e para os familiares envolvidos no processo. Os preconceitos historicamente relacionados a essas situações de saúde e pela não aceitação social, tanto a vítima, quanto seus familiares preferem optar por negar sua existência. Reiterando que ações que tendem a ir contra o fluxo natural da vida, são de difícil abordagem e compreensão (Camargo, Iwamoto, Oliveira & Oliveira, 2011) De encontro a essas perspectivas, em 2015, o Centro de Valorização da Vida (CVV), junto ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) criaram a Campanha “Setembro Amarelo”. Essa tem como objetivo alertar a população sobre esse problema mundial, defendendo a identificação de fatores de risco que podem levar um indivíduo a ter um comportamento agressivo contra si mesmo, de modo a acolhê-lo e encaminhá-lo para um profissional capacitado em tempo hábil. (Bezerra & Silva, 2019). No entanto, há estudos como o de Oliveira (2018) que questionam a eficácia da Campanha do Setembro Amarelo, uma vez que os resultados do estudo, que visa comparar as taxas antes e após a implementação da campanha, demonstram um aumento nas taxas de suicídio, levantando a hipótese de que a divulgação de notícias sobre o tema, bem como o modo de abordagem pode reforçar ideias autodestrutivas na população.

Corroborando com os estudos previamente mencionados, no estado do Paraná, após a criação da campanha, observou-se um crescente na taxa de mortalidade por LAI, registrando um aumento de 5,33/100 mil habitantes em 2014 para 6,16/100 mil habitantes em 2015, estando a taxa em ascensão desde então. Em nível nacional, entre 2004 a 2014, houve uma variação considerável na taxa de óbitos, de 4,56 para 5,73/100 mil habitantes. Esses números levaram o Brasil a ocupar a posição entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios (MS, 2015).

No cotidiano em saúde, é necessário que os profissionais atuantes, estejam capacitados a identificar perfis de indivíduos mais suscetíveis a terem um comportamento autodestrutivo, sejam eles de intenção suicida ou de autolesão sem intenção suicida, estando aptos a realizar as intervenções necessárias, contemplando todas as dimensões na qual o indivíduo está inserido. Esse perfil intervencionista do profissional se faz necessário de maneira a prevenir novos casos ou mesmo a recorrência de situações que não evoluíram a óbito previamente. No entanto, em serviços de urgência e emergência, onde a maior parcela desses pacientes é atendida, o trabalho é direcionado para impedir um dano ainda mais grave a vítima, tratando as complicações do quadro, sem preocupação com as circunstâncias do evento, afetando a notificação correta, assim como a prevenção de um novo episódio. Em concordância com esses dados, estudos revelam que cerca de 39% das TS que chegam nos serviços de urgência e emergência apresentam recorrência dentro de um ano (Bahia et al., 2017).

Possíveis limitações deste estudo devem ser discutidas. Foram utilizados dados secundários, casos de subnotificações podem existir, sugerindo um viés de seleção. O estigma em relação ao comportamento suicida e o medo da criminalização do

ato são os motivos principais da subnotificação (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2009; Nock et al., 2008). Podemos também considerar como limitação o fato de os dados existentes mostrarem uma fração do problema, deixando de abordar a ideação e o planejamento suicida. Como pontos a destacar, evidencia-se a natureza descritiva deste estudo, destacando um tema ainda pouco estudado no país. Os achados precisam ser disseminados dada a gravidade do problema e de sua possível subnotificação.

5. Considerações Finais

No Estado do Paraná, no período de 2009 a 2018, ocorreram 6609 óbitos por lesões autoprovocadas, concentrados no sexo masculino, na faixa etária social e economicamente produtiva, dos 20 aos 59 anos, sendo as principais causas enforcamento, estrangulamento e sufocação. A existência de uma base nacional de dados com as notificações de lesões autoprovocadas permite conhecer o perfil dos indivíduos atendidos pelo setor de saúde no período e região em estudo. A compreensão do fenômeno pode nortear a criação de estratégias regionais e locais que visem à prevenção, mas é preciso dar efetividade à “Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio”, para fomentar o monitoramento das condições de vida e saúde, e o apoio às pesquisas e ao desenvolvimento de projetos educativos sobre o comportamento de auto agressão além de reorientação às ações de combate a esse agravo. É de extrema importância lembrar que o preenchimento da ficha de notificação pode ser feito em qualquer ponto de atendimento da rede de atenção à saúde e por qualquer profissional da saúde. Portanto, se faz necessário capacitar estes profissionais para que realizem o correto preenchimento das fichas de notificação.

Agradecimentos

Este trabalho contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, Brasília, Brasil).

Referências

- Abreu, S. P., Álvarez, J. C. & Lozano, DF. (2018). Caracterización del intento suicida en adolescentes desde un centro comunitario de salud mental. *Revista Archivo Medico Camagüey*, 22 (4), 465-473.
- Associação Brasileira de Psiquiatria. (2009). *Comportamento suicida: conhecer para prevenir*. São Paulo: Autor. Recuperado de <http://www.sauesp.org.br/cse003/ComportamentoSuicidaConhecerParaPrevenir.pdf>
- Bahia, C.A., Avanci, J.Q., Pinto, L.W., & Aminayo, M.C.S. (2017). Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 22 (9), 2841-2850. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>.
- Bezerra, J. J. & Silva, F. V. (2019). As cores da vida: estratégias biopolíticas nas campanhas setembro amarelo, outubro rosa e novembro azul. *Miguelim – Revista Eletrônica do Netlli*, 8 (2), 728-741. <https://doi.org/10.47295/mgren.v8i2.1902>
- Bilsker, D. & White, J. B.D. (2011). Silent epidemic male suicide. *BC Medical Journal*, 53 (10), 529–34.
- Botega, N.J. (2014). Comportamento Suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25 (3), 231-6. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
- Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Oliveira, L. P., & Oliveira, R. C. (2011). Violência autoinfligida e anos potenciais de vida perdidos em Minas Gerais, Brasil. *Texto contexto – enfermagem*, 20, 100-107. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500013>

Campos, P. I. C., Oliveira, C. C., Cruz, G. C. G. A., Faria, M. C. A., Souza, S. H. F., Machado- Carneiro, F. B., & Mello, R. C. V. (2019). Fatores sociodemográficos e circunstâncias relacionadas à morte por suicídio em Barbacena – MG, Brasil. *Revista de Ciências da Saúde Básica e Aplicada*, 2 (1), 19-28.

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *Self-directed violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements*. Atlanta: Autor. Recuperado de <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/Self-Directed-Violence-a.pdf>

Gonçalves, C. A., Gonçalves, C. A., Santos, V. A. S. A., Sarturi, L., & Terra, A. T. Jr. (2017). Intoxicação medicamentosa. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 8 (1), 135-143. <https://doi.org/10.31072/rcf.v8i1.449>

Hirsch, J. K., & Cukrowicz, K. C. (2014). Suicide in rural areas: An updated review of the literature. *Journal of Rural Mental Health*, 38 (2), 65–78. <https://doi.org/10.1037/rmh0000018>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). *Cidades e Estados – Paraná*. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html>

Jagodic, H.K., Agius, M., & Pregeli, P. (2012). Inter-regional variations in suicide rates. *Psychiatria Danubina*, 24 (Suppl 1), 82-85.

Li, Z., Page, A., Martín, G., & Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Social Science & Medicine*, 72 (4), 608-616. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.008>

Lima, L. P., Oliveira, T. P., Oliveira, R. S., & Rossoni, I. M. M. (2019). Aspectos epidemiológicos de mortes por suicídio no estado do Tocantins. *Revista de Patologia do Tocantins*, 6 (3), 37-40.

Machado, D.B. & Santos D.N. (2015). Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64 (1), 45-54. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056>

Machado, L.V. & Pereira, M. E. (2017). Tentativa de suicídio por intoxicação exógena, no período de 2009 a 2014, Araucária/ PR: Um olhar sobre a violência. *Saúde & Ciência em Ação*, 3 (2), 64-78.

Marcolan, J.F., & Silva, D.A. (2019). O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. *Revista M*, 4 (7), 31-44. <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.31-44>

Milner, A., Spittal, M. J., Pirkis, J., & LaMontagne, A. D. (2013). Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 203 (6), 409–416. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128405>

Minayo, M.C.S. (2016). Comportamento suicida e suicídio consumado na velhice. In: Minayo, M.C.S., Figueiredo, A.E.B., Silva, R.M. *Comportamento suicida de pessoas idosas* (pp.35-38) Fortaleza, CE: Editorial UFC.

Ministério da Saúde. (2014). Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF). Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html

Ministério da Saúde. (2015). *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília: Autor. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf

Ministério da Saúde. (2016). *Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. Brasília: Autor. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interperssoal_autoprovocada_2ed.pdf

Ministério da Saúde. (2017). *Boletim Epidemiológico. Suicídio. Saber, agir e prevenir*. Brasília: Autor. Recuperado de <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>

Ministério Público do Paraná. (n.d.). Saúde Pública - Regionais de Saúdes. Recuperado de <https://saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=522>

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicide behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-54. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>

Oliveira, B. M. (2018). Suicídio, setembro amarelo e efeito contágio um estudo ecológico em Santa Catarina (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade do Sul de Santa Catarina, Santa Catarina.

Ribeiro, J. F., Mascarenhas, T. B., Araújo, A. C. B. S., Coelho, D. M. M., Branca, S. B. P., & Coelho, D. M. M. (2018). Perfil sociodemográfico da mortalidade por suicídio. *Revista de enfermagem UFPE*, 12 (1), 44-50. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a25087p44-50-2018>

Rodrigues, M.F., Oliveira, P.P., Silva, H.C., & Pinheiro, J.M.C. (2020). Comportamento suicida: o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no estado de Goiás. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago"*, 6 (2), e600003.

Secretaria do Estado da Saúde. (2019). Rede de Atenção Psicossocial é prioridade na atual gestão. Recuperado de <https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Rede-de-Atencao-Psicossocial-e-prioridade-na-atual-gestao>

Silva, B.F.A., Prates A.A.P., Cardoso, A.A., & Castro, N.G.M.B.R. (2018) O suicídio no Brasil contemporâneo. *Revista Sociedade e Estado*, 33 (2), 565-579. <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183302014>

Silva, E. R. & Álvares, A. C. M. (2019). Intoxicação medicamentosa relacionada à tentativa de autoextermínio. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 2 (2), 34-40.

Sousa, C.M.S., Mascarenhas, M.D.M., Lima, P.V.C., Cunha, J.D.S., & Rodrigues, M.T.P. (2020). Evolução da mortalidade por suicídio segundo os mecanismos de morte – 2001-2015. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 9, 1-7. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v9i0.9098>

Turhan, E., Inandi, T., Aslan, M., & Zeren, C. (2011). Epidemiology of attempted suicide in Hatay, Turkey. *Neurosciences*, 16 (4), 347-352.

Vasconcelos-Raposo, J., Soares, A.R., Silva, F., Fernandes, M.G., & Teixeira, C.M. (2016). Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Health Psychology*, 33 (2), 345-54. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000200016>

Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 29 (1), 175-187. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013000100020>

World Health Organization. (2002). World report on violence and health. Geneva: Autor. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf

World Health Organization (2003). The world health report 2003: Shaping the future. Geneva: Autor. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42789>

World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: Autor. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>

World Health Organization (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for ;2019-covid-expanded. Geneva: Autor. Recuperado de <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/X70>