

UNIVERSIDADE SANTO AMARO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Milena Sabino Fonseca

Mudanças temporais nos óbitos causados por autolesão na população
brasileira e global entre 1990 e 2019: comparação das faixas etárias e
sexo

São Paulo
2022

Milena Sabino Fonseca

Mudanças temporais nos óbitos causados por autolesão na população brasileira e global entre 1990 e 2019: comparação das faixas etárias e sexo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientador Prof. Dr. Lucas Melo Neves
Coorientadora Profa. Dra. Jane de Eston Armond.

São Paulo

2022

Fonseca, Milena Sabino

Mudanças temporais nos óbitos causados por autolesão na população brasileira e global entre 1990 e 2019: comparação das faixas etárias e sexo / Milena Sabino Fonseca. – São Paulo, 2022.

48 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Santo Amaro, 2022.

Orientador(a): Prof. Dr. Lucas Melo Neves

Coorientador(a): Prof^a. Dra. Jane de Eston Armond

1. Suicídio; 2. Epidemiologia; 3. Tentativa de suicídio. I. Neves, Lucas Melo, orient. II. Armond, Jane de Eston, co-orient. III. Universidade Santo Amaro.

Milena Sabino Fonseca

Mudanças temporais nos óbitos causados por autolesão na população brasileira e global entre 1990 e 2019: comparação das faixas etárias e sexo

São Paulo, 11 de maio de 2022

Banca Examinadora

Prof. Dr. Lucas Melo Neves

Prof. Dra Lúcia Helena de Azevedo

Prof. Dra. Patricia Colombo de Souza

Conceito Final: _____

Resumo

Introdução: A saúde global melhorou constantemente nos últimos 30 anos, mas 800.000 mortes em todo o mundo por autolesão foi verificada no ano de 2019. A autolesão inclui diferentes situações como: descuido, riscos excessivos, falta de autocuidado, overdose, mutilação, entre outras ações que resultam em morte. Assim, morte por autolesão considera-se diferentes causas de comportamento e intenções causadas pela própria vítima que a levou a morte. **Objetivo:** descrever as mudanças temporais nos óbitos causados por autolesão na população brasileira entre 1990 e 2019 considerando faixas etárias e sexo e comparar estes com dados globais. **Métodos:** Este estudo trata-se de uma pesquisa que utilizou dados secundários, baseado nas estimativas de taxas de mortalidade por autolesão do “Global Burden of Disease Study” conhecido mundialmente como o “estudo GBD”. As estimativas de óbitos foram extraídas da plataforma <http://www.healthdata.org/gbd/2019>. Utilizamos a ferramenta GHDx - Global Health Data Exchange (Global Burden of Disease Collaborative Network - Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>)). A ferramenta GHDx permite localizar dados pelas organizações envolvidas, geografia, período e conteúdo. **Resultados:** De modo geral, em relação aos dados brasileiros com homens e mulheres juntos, apenas na faixa etária com 75 anos ou mais houve diminuição com significância estatística ($p < 0,05$). Quando analisado apenas mulheres, verificamos diferença tanto na faixa etária 50 a 74 anos, como 75 anos ou mais ($p < 0,05$). Em relação aos dados globais, verificamos diminuição significativa nos óbitos por autolesão na análise de homens e mulheres juntos nas faixas etárias 10 a 24 anos, 25 a 49 anos, 50 a 74 anos, 75 anos ou mais ($p < 0,05$) e a mesma observação se repetiu mulheres nas faixas etárias 10 a 24 anos, 25 a 49 anos, 50 a 74 anos, 75 anos ou mais ($p < 0,05$). Por fim, na análise apenas com homens verificamos diferença nas faixas etárias 10 a 24 anos, 50 a 74 anos, e 75 anos ou mais ($p < 0,05$). **Conclusão:** O Brasil apresenta valores abaixo da amostra global para óbitos por autolesão, porém entre 1990 e 2019 discreta melhoria foi verificada entre algumas faixas etárias o que não corresponde a melhoria global verificada.

Palavras-chave: suicídio, tentativa de suicídio, epidemiologia.

Abstract

Introduction: Global health has constantly improved in the last 30 years, but 800,000 deaths worldwide due to Self-harm were verified in 2019. Self-injury includes different situations such as carelessness, excessive risks, lack of self-care, overdose, and mutilation, among other actions that result in death. Thus, death by self-injury is considered to be a different cause of behavior and intentions caused by the victim who caused the death. **Objective:** To describe the temporal changes in deaths caused by self-harm in the Brazilian population between 1990 and 2019, considering age groups and sex, and to compare these with global data. **Methods:** This study is a research that used secondary data based on estimates of mortality rates due to self-injury from the "Global Burden of Disease Study," known worldwide as the "GBD study." Death estimates were extracted from the platform <http://www.healthdata.org/gbd/2019>. We used the GHDx tool - Global Health Data Exchange (Global Burden of Disease Collaborative Network - Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020. Available from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>). The GHDx tool allows you to locate data by organizations involved, geography, period, and content. **Results:** In general, Brazilian data with men and women together, only in the age group aged 75 years and over, showed a statistically significant decrease ($p < 0.05$). When analyzing only women, we found a difference in the age group 50 to 74 years and 75 years or more ($p < 0.05$). Regarding global data, we found a significant decrease in deaths from self-harm in the analysis of men and women together in the age groups 10 to 24 years, 25 to 49 years, 50 to 74 years, 75 years or older ($p < 0.05$) and the same observation was repeated for women aged 10 to 24 years, 25 to 49 years, 50 to 74 years, 75 years or older ($p < 0.05$). Finally, in the analysis with only men, we found a difference in the age groups 10 to 24 years old, 50 to 74 years old, and 75 years old or more ($p < 0.05$). **Conclusion:** Brazil has values below the global sample for deaths from self-injury, but between 1990 and 2019, a slight improvement was observed among some age groups, which does not correspond to the overall improvement observed.

Keywords: suicide, suicide attempt, epidemiology.

Sumário

1. Introdução.....	8
2. Revisão e literatura.....	9
3. Objetivos.....	24
3.1. Objetivo geral	24
3.2. Objetivos específicos.....	24
4. Métodos.....	24
4.1. Desenho experimental.....	24
4.2. Protocolo de busca e refinamento dos dados	25
4.3. Análise estatística.....	26
5. Resultados.....	27
6. Discussão	39
7. Conclusão.....	40
8. Referências Bibliográficas	41

1. Introdução

A saúde global melhorou constantemente nos últimos 30 anos¹, mas estimativas indicam mais de 56 milhões de mortes em todo o mundo em 2019, com 2,75 milhões de mortes devido automutilação. O termo automutilação é comumente usado para descrever uma ampla gama de comportamentos e intenções, incluindo, por exemplo, enforcamento, atividades de impulsividade e auto-envenenamento². Ainda é um desafio delimitar conceitualmente a automutilação e o comportamento suicida, especialmente a dificuldade de evidenciar na maioria das vezes à intenção do ato (buscava se automutilar ou de fato se suicidar)³. Assim, para uma melhor conceituação, consideramos quatro grupos de causas de morte por automutilação: a) Automutilação e violência interpessoal (1,2 milhão de mortes no mundo em 2019); b) Automutilação por outros meios especificados (700.000 mortes em todo o mundo em 2019); c) Automutilação por arma de fogo (50.000 mortes em todo o mundo em 2019); d) Autolesão (800.000 mortes em todo o mundo em 2019)¹.

Estudos exclusivos com autolesão e amostra brasileira ainda foram pouco explorados. Malta et al. ⁴ analisaram a mortalidade por automutilação e violência interpessoal no Brasil, comparando os anos de 1990 e 2015 e mostraram uma queda de 19% entre 1990 e 2015 (de 8,1/100.000 para 6,6/100.000). Curiosamente, este estudo relata dados de óbitos considerando acidentes de transporte, acidentes por outras causas, suicídio e homicídio, homicídio por arma de fogo, homicídio por arma branca e homicídio por outros meios, e não exclusivamente por lesões autolesão.

Como já citado, contabilizar mortes por autolesão é uma tarefa desafiadora, e o principal indicador global disponível para tal são os dados do “Global Burden of Disease Study” conhecido mundialmente como o “estudo GBD”⁵⁻⁸. De fato, o estudo GBD representa um esforço sem precedentes para melhorar as estimativas globais e regionais dos níveis e tendências da carga de doenças⁵ e fornece pela primeira vez uma estimativa populacional independente para cada um dos 204 países e territórios do mundo, usando uma abordagem padronizada e replicável¹. A utilização do banco de dados de estudos GBD se popularizou e destacamos os estudos com amostra brasileira considerando diferentes causas de morte ^{4, 9-23}. Porpém, nenhum estudo sobre autolesão considerando o período 1990 a 2019 está disponível.

Assim, o objetivo do presente estudo é descrever e comparar as mudanças temporais nos óbitos por autolesão na população brasileira entre 1990 e 2019

(agrupados a cada 5 anos. Ex: 1990 a 1994; 1995 a 1999; e assim por diante) considerando faixas etárias (todas as idades; 10 a 24 anos; 25 a 49 anos; 50 a 74 anos; 75+ anos) e sexo (ambos, masculino e feminino).

2. Revisão e literatura

O termo “suicídio” apareceu pela primeira vez em textos ingleses com a finalidade de substituir a expressão “homicídio de si próprio” até então utilizada. A etimologia da palavra suicídio vem do latim, “sui” = de si próprio, “caedere” = matar²⁴. O suicídio é um complexo e grave problema da saúde pública mundial, cujas causas são multifatoriais e é definido por um “ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional. A tentativa de suicídio é designada como qualquer ato de autolesão que seja uma ameaça a vida do indivíduo.

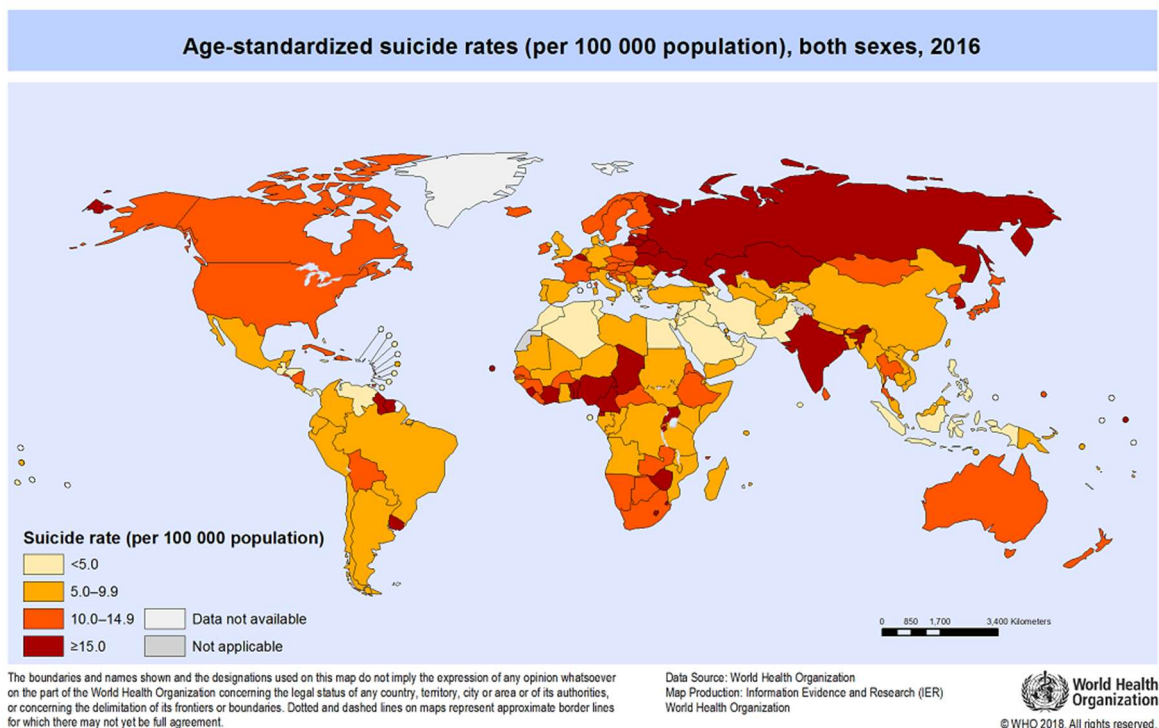
Em 1897, surgiu uma obra fundamental para o estudo em questão, denominada “O Suicídio”, escrita pelo próprio Durkheim. Com esta obra, o autor provocou um inédito deslocamento do foco associado ao suicídio, do indivíduo para a sociedade. Com base em uma grande amostra de dados estatísticos, o autor constatou que o número de suicídios em uma sociedade varia de acordo com aspectos econômicos, culturais e sociais; entretanto, esse quantitativo obedece a uma tendência local, isto é, o número de casos tem a uma certa constante, variando para mais ou para menos em virtude da ocorrência de outros Fatos Sociais. Assim, surgiu uma constatação: se o suicídio fosse apenas uma questão psicológica do indivíduo, esses números deveriam sofrer grandes oscilações e não obedecer a uma curva constante. Ele ainda constatou que quanto maior a intensidade do vínculo de pertencimento a um grupo solidamente constituído, menor é a probabilidade de ocorrência de suicídio. Em outras palavras: indivíduos solteiros teriam maior probabilidade de praticar suicídio do que indivíduos casados, assim como pais de um maior número de filhos teriam menor chance de suicidar-se, do que pais sem filhos.

Entre os países da América Latina, o Brasil ocupa o oitavo lugar em coeficiente de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes. O país se mantém nesta posição e o Ministério da Saúde constata que os índices tendem a crescer de acordo com a idade do grupo analisado. Em termos absolutos, a mortalidade por suicídio vem crescendo no Brasil ao longo das décadas. Um estudo de seguimento

realizado a partir de 1980 mostra um aumento de 21% até o ano de 2000 e de 29,5% até 2006 ²⁴.

Ao analisar as estatísticas acerca do suicídio e da autolesão provocada sem intenção suicida, uma indagação vem à mente: há diferenças na forma de registro de casos entre os países? Haveria casos de suicídios e autolesão não registrados? A resposta de Botega é sim²⁴, para todas as perguntas. Este é, de fato, um problema enfrentado ao se interpretar e comparar índices de suicídios e automutilação.

Figura 1: Taxa de suicídio por 100.000 habitantes (Fonte: WHO, 2016a).



A morte por autolesão se aproxima do conceito de suicídio completo, entendido como ato suicida que resulta em morte. As estatísticas de comportamento suicida são baseadas principalmente em certificados de óbito e relatos de interrogatórios e subestimam a incidência verdadeira.

Para fornecer informações mais confiáveis, o CDC estabeleceu o *National Violent Death Reporting System* (NVDRS); é um sistema com base nos estados que coleta dados sobre cada incidente violento de várias fontes para dar uma compreensão mais clara das causas de mortes violentas (homicídios e suicídios). O NVDRS está atualmente em vigor em 40 estados.

Nos Estados Unidos, suicídio é a 10ª principal causa de morte, com uma taxa de mortalidade de 13,8/100.000 e cerca de 41.000 suicídios cometidos em 2015. Nos EUA, 121 pessoas morrem por suicídio todos os dias. Como causa de morte, suicídio é classificado como:

- 2º em pessoas com 15 a 34 anos
- 3º naqueles com 10 a 14 anos
- 4º naqueles com 35 a 44+ anos

A faixa etária com a maior taxa de suicídio atualmente é de pessoas com 45 a 64 anos, resultado de um aumento significativo recente. Não se sabe por que essa taxa aumentou; mas o seguinte pode ter contribuído:

- Anos atrás, como adolescentes, esse grupo tinha maior taxa de depressão do que os grupos mais velhos, e os pesquisadores previram que a taxa de suicídio subiria à medida que envelhecessem.
- Esses valores representam maior número de suicídios nas forças armadas e em veteranos (20% dos suicídios estão nesse grupo).
- A taxa pode refletir o aumento do abuso de drogas com e sem prescrição e uma resposta à fraca economia.
- A segunda maior taxa de suicídio é em pessoas ≥ 85 anos.
-

Na década de 1990, as taxas de suicídio entre jovens caíram após mais de uma década de aumento constante, apenas para mais uma vez começar a subir constantemente.

Em todas as faixas etárias, mortes de homens por suicídio superam as de mulheres em 3,5 a 1. As razões não estão claras, mas possíveis explicações incluem:

- Homens são menos propensos a procurar ajuda quando estão angustiados.
- Homens têm maior prevalência de abuso de álcool e drogas, o que leva a tendências suicidas.
- Homens são mais agressivos e usam meios mais letais ao tentar suicídio.
- O número de suicídios entre os homens engloba os suicídios de pessoas nas forças armadas e os veteranos, cuja proporção de homens é maior do que a de mulheres.

Em 2015, homens brancos representaram 7 em cada 10 suicídios. Em 2015, 1,1 milhão de pessoas relatou cometer uma tentativa de suicídio. Cerca de 25 tentativas são realizadas para cada morte que ocorre por suicídio. Muitos fazem tentativas repetidas. Apenas 5 a 10% das pessoas que fazem uma tentativa vão, ao final, suicidar-se; mas em idosos, 1 em cada 4 tentativa de suicídio termina em morte. Mulheres tentam o suicídio 2 a 3 vezes mais frequentemente do que homens; entre meninas com 15 a 19 anos, pode haver 100 tentativas para cada 1 tentativa entre meninos da mesma idade.

Bilhete de suicídio é deixado por cerca de 1 em cada 6 pessoas que completam o ato. O conteúdo pode indicar as razões do suicídio (incluindo distúrbio mental).

Suicídio em série ou contágio do suicídio representa cerca de 10% dos suicídios. Suicídios em grupo são extremamente raros, assim como assassinatos/suicídios. Raramente, as pessoas cometem um ato (p. ex., brandir uma arma) que obriga os agentes da lei a matá-las, chamado suicídio pela polícia.

O Brasil ocupa a 73ª posição na população total e a 60ª na população jovem em relação à taxa de suicídio. Entre os anos 1998 e 2008, o total de suicídios passou de 6.985 para 9.328, o que significou um aumento de 33,5%. Esse aumento foi superior ao da população do país no mesmo período, que foi de 17,8%, ao dos homicídios, que cresceram 19,5%, e ao dos óbitos por acidentes de transporte (26,5%). Entre os jovens, esse aumento foi bem menor (22,6%), passando de 1.454 para 1.783 suicídios entre 1998 e 2008. No Brasil, os homens cometem mais suicídios. Além disso, o suicídio de brancos cresceu 8,6% entre 2002 e 2008, enquanto o de negros aumentou 51,3%.⁵ Estudos mostram que essa maior prevalência de suicídio em negros se deve a exclusão social.

No Brasil, o suicídio praticamente inexistente até os 10 anos. As taxas iniciam a O Brasil ocupa a 73ª posição na população total e a 60ª na população jovem em relação à taxa de suicídio. Entre os anos 1998 e 2008, o total de suicídios passou de 6.985 para 9.328, o que significou um aumento de 33,5%. Esse aumento foi superior ao da população do país no mesmo período, que foi de 17,8%, ao dos homicídios, que cresceram 19,5%, e ao dos óbitos por acidentes de transporte (26,5%). Entre os jovens, esse aumento foi bem menor (22,6%), passando de 1.454 para 1.783 suicídios entre 1998 e 2008. No Brasil, os homens cometem mais suicídios. Além disso, o

suicídio de brancos cresceu 8,6% entre 2002 e 2008, enquanto o de negros aumentou 51,3%.⁵ Estudos mostram que essa maior prevalência de suicídio em negros se deve a exclusão social

Comportamentos suicidas geralmente resultam da interação de diversos fatores. O fator de risco primário remediável de suicídio é a depressão.

A quantidade de tempo gasto em um episódio de depressão é o preditor mais forte de suicídio. Além disso, suicídios parecem ser mais comuns quando ansiedade grave é parte de depressão maior ou depressão bipolar. O risco de pensamentos e tentativas suicidas pode aumentar em faixas etárias mais jovens depois que se inicia terapia com antidepressivos.

Outros fatores de risco de suicídio incluem:

- A maioria dos outros transtornos mentais graves
- Uso de álcool, fármacos de abuso e analgésicos prescritos
- Tentativas prévias de suicídio
- Distúrbios físicos sérios, especialmente em idosos
- Transtornos de personalidade
- Impulsividade
- Desemprego e recessão econômica
- Experiências traumáticas na infância
- História familiar de suicídio e/ou transtornos mentais

Morte por suicídio é mais comum entre pessoas com transtorno mental do que entre controles pareados por idade e sexo.

Algumas pessoas com esquizofrenia cometem suicídio, algumas vezes por depressão, à qual essas pessoas são propensas. O método de suicídio pode ser bizarro e violento. Tentativa de suicídio entre essas pessoas é mais comum do que se pensava anteriormente.

Álcool e fármacos de abuso podem aumentar a desinibição e a impulsividade, assim como piorar o humor, uma combinação potencialmente letal. Entre 30% e 40% das pessoas que morrem por suicídio consumiram álcool antes da tentativa, e cerca de metade delas estava intoxicada naquele momento. Homens e mulheres jovens e impulsivos são particularmente suscetíveis aos efeitos do álcool; neles, níveis moderados de intoxicação podem resultar no uso de métodos mais letais de suicídio.

Mas pessoas com transtorno por uso de álcool têm maior risco de suicídio mesmo quando estão sóbrias.

Distúrbios físicos sérios, sobretudo aqueles que são crônicos e dolorosos, contribuem para cerca de 20% dos suicídios entre idosos.

Pessoas com transtornos de personalidade são propensas ao suicídio — em especial pessoas imaturas emocionalmente, com transtorno de personalidade borderline ou antissocial, pois toleram pouco frustrações e reagem tempestuosamente ao estresse, com violência e agressividade.

Certos fatores sociais (p. ex., problemas com o parceiro sexual, bullying, prisão recente e problema com a lei) parecem estar associados ao suicídio. Muitas vezes, depois desses eventos, o suicídio é o último recurso para essas pessoas já angustiadas. Experiências traumáticas na infância, particularmente estresses por abuso sexual ou físico ou privação parental, estão associadas a tentativas de suicídio e talvez a suicídios cometidos.

Suicídio se agrega em famílias, assim uma história familiar de suicídio, tentativas de suicídio ou transtornos mentais está associado a maior risco de suicídio em pessoas susceptíveis. A escolha dos métodos para o suicídio é determinada por muitas coisas, incluindo fatores culturais e disponibilidade, assim como a seriedade da intenção. Alguns métodos (p. ex., saltar de grandes alturas) tornam a virtualmente impossibilitam a sobrevivência, ao passo que outros (p. ex., ingestão de medicamentos) tornam possível um resgate. No entanto, o uso de um método que não se mostre fatal não implica, necessariamente, que a intenção fosse menos séria. Um método bizarro sugere psicose subjacente.

Para tentativas de suicídio, a ingestão de fármacos é o método mais comumente utilizado. Os métodos violentos, tais como tiro e enforcamento, são incomuns entre as tentativas de suicídio. Quase 50% dos suicídios completos nos EUA são feitos com armas de fogo; homens usam esse método mais do que mulheres. Mulheres usam mais envenenamento do que homens. Outros métodos típicos de suicídio são o enforcamento, pular de local alto, afogamento e cortes. Alguns métodos, como jogar propositadamente o automóvel em um penhasco, podem colocar outros em perigo.

Um profissional de saúde que toma conhecimento de que um paciente está considerando o suicídio é, em muitas jurisdições, obrigado a informar uma entidade com poderes para intervir. Caso não o faça, é possível que haja ações criminais e

civis. Tais pacientes não devem ser deixados sozinhos até que estejam em ambiente seguro. Eles devem ser transportados para um ambiente seguro (quase sempre, instalações psiquiátricas) por profissionais treinados (p. ex., ambulância, polícia).

Qualquer ato suicida, independentemente de ter sido um gesto ou uma tentativa, deve ser levado a sério. Toda pessoa com autolesão séria deve ser avaliada e tratada para a lesão física. Se a dose excessiva de um fármaco potencialmente fatal for confirmada, os passos imediatos são prevenir a absorção e aumentar a excreção, além de administrar o antídoto e fazer tratamento de suporte.

A avaliação inicial pode ser realizada por qualquer profissional de saúde treinado em avaliação e manejo de comportamento suicida. Entretanto, todos os pacientes precisam de avaliação psiquiátrica o mais rápido possível. Uma decisão deve ser tomada para definir se o paciente precisa ser internado e se confinamento ou contenções involuntárias são necessários. Pacientes com transtorno psicótico e alguns com depressão grave e com crise não resolvida devem ser admitidos em unidade psiquiátrica. Pacientes com manifestações de transtornos médicos potencialmente confundidores (p. ex., delirium, convulsões, febre) podem precisar ser internados em uma unidade médica com precauções apropriadas contra suicídio.

Após uma tentativa de suicídio, o paciente pode negar quaisquer problemas, pois a depressão grave que resulta no ato suicida pode ser seguida por período curto de elevação do humor. Apesar disso, o risco de suicídio completado posteriormente é alto, a menos que o transtorno do paciente seja tratado.

A avaliação psiquiátrica identifica alguns dos problemas que contribuíram para a tentativa de suicídio e ajuda o médico a planejar o tratamento apropriado. Ela consiste no seguinte:

- Estabelecer a causa e ouvir a narrativa do paciente
- Entender a tentativa de suicídio, seu pano de fundo, os eventos que a precederam e as circunstâncias nas quais ela ocorreu
- Perguntar sobre sintomas de transtornos mentais associados com suicídio
- Avaliar completamente o estado mental do paciente, com ênfase particular em identificar depressão, ansiedade, agitação, ataques de pânico, insônia grave, outros transtornos mentais e abuso de álcool ou drogas (muitos destes problemas podem exigir tratamento específico, além da intervenção de crise)

- Entender amplamente as relações familiares e pessoais, as quais são muitas vezes pertinentes para a tentativa de suicídio
- Entrevistar membros familiares próximos e amigos
- Perguntar sobre a presença de uma arma de fogo em casa (exceto na Flórida, onde esse tipo de pergunta é proibido por lei)
- Planejamento de segurança para ajudar os pacientes a identificar os gatilhos da ideação suicida e desenvolver planos para lidar com pensamentos suicidas quando eles ocorrem.

A prevenção do suicídio requer identificar as pessoas de risco e iniciar intervenções apropriadas. O consenso é de que os pacientes que são internados após uma tentativa de suicídio têm maior risco de morte por suicídio durante os primeiros dias ou semanas após a alta e o risco permanece alto nos primeiros 6 a 12 meses após a alta. Depois disso, o risco aumenta e diminui, mas sempre é maior do que em pessoas que nunca foram suicidas.

Razões para o maior risco de suicídio incluem:

- O estado de ânimo do paciente pode levar muito tempo para melhorar.
- O paciente pode não se sentir otimista o suficiente para tomar os fármacos prescritos.
- O paciente pode não se sentir bem o suficiente para ir à consulta de acompanhamento agendada.
- Uma vez em casa, o paciente acha que os problemas precipitantes não têm solução.

Conseqüentemente, antes da alta, deve-se orientar o paciente e seus familiares ou amigos próximos sobre o risco imediato de morrer por suicídio, e deve-se marcar uma consulta para acompanhamento na primeira semana depois da alta antes de o paciente deixar o hospital. Além disso, o paciente e seus familiares ou amigos devem ser informados sobre os nomes, doses e frequência da dose dos fármacos do paciente.

Se possível, durante as primeiras semanas após a alta, deve-se fazer o seguinte:

- O paciente não deve permanecer desacompanhado.
- Deve-se monitorar a adesão do paciente ao regime medicamentoso prescrito.
- Deve-se perguntar diariamente ao paciente sobre o estado geral mental, humor, padrão de sono e energia (p. ex., para levantar-se, vestir-se e interagir com os que estão ao seu redor).

O membro da família ou amigo do paciente deve levá-lo a consultas de acompanhamento e deve informar o profissional de saúde sobre o progresso ou não do paciente. Deve-se manter essas intervenções por ≥ 2 meses após a alta.

Embora algumas tentativas ou suicídios completos sejam uma surpresa e um choque até para parentes próximos e companheiros, avisos claros podem ter sido dados a membros da família, amigos ou profissionais de saúde. Os avisos são muitas vezes explícitos, como discutir efetivamente planos, escrever ou modificar subitamente um testamento. Entretanto, os avisos podem ser mais sutis, como quando o paciente faz comentários sobre não ter razão para viver ou que seria melhor se estivesse morto.

Em média, os médicos de atenção primária encontram ≥ 6 pessoas potencialmente suicidas em sua prática a cada ano. Cerca de 77% das pessoas que cometem suicídio foram vistas por um médico dentro do período de 1 ano antes do evento, e aproximadamente 32% estiveram sob cuidados de um profissional de saúde mental ao longo do ano anterior.

Como transtornos físicos graves e dolorosos, abuso de substâncias e transtornos mentais, em particular a depressão, são tão frequentemente fatores para o suicídio, o reconhecimento desses possíveis fatores de risco e o início de tratamento apropriado são contribuições importantes que um médico pode fazer para prevenir o suicídio.

Todo paciente deprimido deve ser questionado sobre pensamentos suicidas. O medo de que tal interrogatório possa implantar a ideia de autodestruição não tem embasamento. O interrogatório ajuda o médico a obter um quadro mais claro da gravidade da depressão, encoraja discussão construtiva e conduz ao conhecimento do médico a profundidade do desespero e da desesperança do paciente.

Mesmo em pessoas ameaçando suicídio iminentemente (p. ex., um paciente que telefona e declara que tomará dose fatal de um fármaco ou uma pessoa que ameaça saltar de grande altura), pode existir algum desejo de viver. O médico ou

outra pessoa à qual o suicida em potencial recorra para obter ajuda deve apoiar o desejo de viver.

A ajuda psiquiátrica emergencial para pessoas suicidárias é feita por:

- Estabelecer relacionamento e comunicação aberta com a pessoa
- Perguntar sobre tratamento psiquiátrico atual e passado e fármacos atualmente em uso
- Ajudar a compreender o problema que causou a crise
- Oferecer ajuda construtiva com o problema
- Começar o tratamento do transtorno mental subjacente
- Encaminhá-los a um local apropriado para acompanhamento do tratamento logo que possível
- Dar alta a pacientes de baixo risco na companhia de um ente querido ou amigo dedicado e compreensivo

A combinação de antidepressivos e psicoterapia de curta duração comprovada é o tratamento para depressão ideal.

Pessoas com depressão têm risco significativo de suicídio e devem ser cuidadosamente monitoradas para comportamentos e ideação suicida. O risco de suicídio pode aumentar no início do tratamento da depressão, quando o retardo psicomotor e a indecisão podem ter melhorado, mas o humor deprimido está apenas parcialmente elevado. Quando é iniciado o uso de antidepressivos ou quando a dose é aumentada, alguns pacientes ficam agitados, ansiosos e pioram da depressão, o que pode aumentar o suicídio.

Advertências recentes de saúde pública sobre a possível associação entre o uso de antidepressivos (especialmente paroxetina) e pensamentos e tentativas de suicídio em crianças e adolescentes já resultou na redução significativa (> 30%) nas prescrições de antidepressivos para essa população. No entanto, a taxa de suicídio entre jovens se elevou 14% durante o mesmo período. Portanto, ao desencorajar o tratamento medicamentoso da depressão, essas advertências podem ter resultado temporariamente em mais, não menos, mortes por suicídio. Juntos, esses resultados sugerem que a melhor abordagem é incentivar o tratamento, mas com precauções adequadas como:

- Dispensar antidepressivos em quantidades subletais
- Consultas mais frequentes no início do tratamento
- Alertar claramente pacientes, membros da família e outras pessoas importantes sobre a piora dos sintomas ou ideação suicida

Instruir pacientes, familiares e outras pessoas importantes para que chamem imediatamente o médico responsável pela prescrição ou procurar atendimento em outros lugares se os sintomas piorarem ou se ocorrer ideação

Vários estudos mostraram que o lítio, quando administrado com antidepressivos e antipsicóticos atípicos, reduz o número de mortes por suicídio em pacientes com depressão major ou transtorno bipolar. Lítio, mesmo em doses baixas, é altamente eficaz como fármaco antissuicida para depressão recorrente. Além disso, clozapina reduz o risco de suicídio em pacientes com esquizofrenia.

Eletroconvulsoterapia ainda é usada para o tratamento da depressão grave e da depressão suicida.

Os fatores genéticos de fato interferem na resposta terapêutica a diversos fármacos antidepressivos. Muitos casos de resistência ao tratamento podem ser explicados pela farmacogenética. Ela estuda a variabilidade genética humana sobre a resposta do organismo à ação de fármacos. Isso pode explicar o insucesso do tratamento farmacológico de algumas medicações. Estudos voltados para a farmacogenética do suicídio são escassos e precisam ser realizados quanto à descoberta de respostas terapêuticas dos fármacos frente aos casos de ideação e tentativa de suicídio.

O tratamento eficaz e contínuo dos transtornos mentais que oferecem maior risco para o suicídio contribui para diminuição das tentativas de suicídio. Isso ocorre por meio da melhora do paciente frente aos sintomas da doença. Estudos mostraram a participação de fármacos na redução das tentativas de suicídio independentemente da melhora dos sintomas do paciente.

A clozapina é o único fármaco que pode alterar o comportamento suicida na esquizofrenia e o único aprovado pelo Food and Drug Administration (FDA) para prevenir suicídio em pacientes esquizofrênicos. No entanto, o seu uso deve ser cuidadosamente observado, devido ao seu potencial efeito adverso. Apesar desses efeitos secundários, essa medicação contribui para o aumento da qualidade de vida dos doentes ao diminuir o número de recaídas e a sintomatologia da doença.

Quanto ao uso dos antidepressivos, os mais indicados são os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS). Recentemente, surgiram evidências que apoiam o uso de ISRS como agentes potenciais que podem ajudar a tratar sintomas suicidas. Estudos epidemiológicos das últimas décadas revelam uma redução da frequência de suicídio com a prescrição de antidepressivos.

O tratamento farmacológico contínuo favorece o controle dos sintomas dos transtornos mentais e contribui com a redução do risco de suicídio.

O acompanhamento psicológico ao paciente deve ocorrer com o objetivo de oferecer segurança e apoio. A terapia cognitivo-comportamental (TCC), o aconselhamento e a terapia de grupo são intervenções que podem contribuir com a melhora do paciente e com a redução da ideação suicida.

Qualquer ato suicida tem efeito emocional acentuado em todos os envolvidos. Médico, família e amigos podem sentir culpa, vergonha e remorso por não o ter prevenido, assim como raiva contra o falecido ou outros. O médico pode fornecer assistência valiosa à família e aos amigos do falecido no enfrentamento de seus sentimentos de culpa e pesar.

O comportamento suicida se manifesta devido a uma combinação de fatores biológicos, comportamentais e sociais. Embora estudos com gêmeos tenham relatado uma herdabilidade significativa em 30 a 50% dos casos, a etiologia do suicídio continua sendo desconhecida.

A vulnerabilidade ao comportamento suicida é provavelmente mediada por uma predisposição genética que interage com ambiente e fatores epigenéticos durante todo o tempo para modificar a função dos circuitos neuronais, o que torna, assim, um indivíduo mais propenso a tentar o suicídio.

Os principais endofenótipos candidatos ao comportamento suicida são neuropsicológicos (tomada de decisão, funções executivas), traços de personalidade (impulsividade, agressividade e neuroticismo), neuroquímica (ácido 5-hidroxi-indolacético [5-HIAA] no sistema nervoso central [SNC]) e neuroimagem (ressonância magnética funcional [RMf] da amígdala cerebral ou tomografia por emissão de pósitrons [PET] do metabolismo do córtex pré-frontal [CPF]).

Muitas variantes genéticas específicas podem apresentar um efeito aditivo sobre o comportamento suicida, intensificando o impacto de um estresse vivenciado. A presença de genes envolvidos no sistema neurotransmissor serotoninérgico, adrenérgico, noradrenérgico e dopaminérgico tem sido estudada em muitas amostras

de cérebro após a morte, e muitas variantes genéticas têm demonstrado atividade desses neurotransmissores entre vítimas de suicídio e controles. Isso faz crer que a participação desses neurotransmissores no suicídio seja um fator relevante.

Estudos genéticos e neurobiológicos sugerem que o comportamento suicida resulta de uma interação complexa de vários genes e fatores ambientais estressores.

Estudos recentes têm sugerido que a predisposição genética para o comportamento suicida pode ser independente do risco de o suicídio estar associado a transtornos mentais, tais como transtornos afetivos, esquizofrenia ou dependência ao álcool. Entretanto, a maioria dos estudos mostra sua relação com a presença de transtornos mentais.

Estudos em família, de adoção e de gêmeos mostram que a genética influencia no comportamento suicida. A seguir, alguns estudos que tratam desse tema. Estudos do suicídio em família são planejados para avaliar a extensão de quanto o comportamento suicida se agrega nas famílias. Eles comparam o risco de suicídio ou comportamento suicida entre familiares de indivíduos que cometeram suicídio com familiares de indivíduos não suicidas. Estudos realizados mediante dados de registros populacionais na Dinamarca e na Suécia contribuíram para o estudo do suicídio em famílias. Esses estudos relataram um aumento nas taxas de suicídio entre os filhos de pais suicidas comparados com aqueles de pais não suicidas.

Uma metanálise feita com 21 estudos que foram realizados em famílias demonstrou que parentes próximos de pessoas suicidas apresentam três vezes mais chances de se envolverem em ações suicidas em comparação com os controles, independentemente de histórico psiquiátrico.¹⁵ Um estudo populacional realizado na Suécia comparou o risco de suicídio entre parentes de 83.951 indivíduos que cometeram suicídio durante o período de 1952 a 2003 com os parentes do grupo controle. Os resultados demonstraram que o risco de suicídio entre irmãos (odds ratio [OR] 3.1, 95% de intervalo de confiança 2.8-3.5, 50% de similaridade genética) foram maiores que o risco entre os meio-irmãos (OR 1.7, 1.1-2.7, 25% de similaridade genética), apesar da exposição ambiental similar.

Uma pesquisa sobre registro de adoção dinamarquês comparou 57 adotados que cometeram suicídio com 57 adotados sem histórico de comportamento suicida. Dos 269 parentes biológicos de adotados suicidas, 12 cometeram suicídio, enquanto apenas 2 dos 269 parentes biológicos dos adotados não suicidas cometeram suicídio.¹⁷ A partir desse mesmo registro, um novo estudo comparou 71 adotados

com transtorno afetivo a 71 adotados que não relataram sintomas de transtorno afetivo.

Foi encontrada uma frequência maior de suicídio em familiares de adotados com transtorno afetivo do que em familiares de adotados sem o transtorno.¹⁸ Esses resultados contribuem com informações sobre a influência de fatores genéticos no comportamento suicida.

Estudos com gêmeos consistem em um poderoso método para controlar a influência de fatores ambientais. Eles avaliam o risco de um gêmeo exibir um comportamento suicida uma vez que o outro gêmeo já cometeu suicídio e comparam o risco de suicídio entre gêmeos monozigóticos (MZ) e dizigóticos (DZ). Gêmeos MZ possuem o mesmo genoma, ou seja, o mesmo conjunto de informações genéticas, enquanto gêmeos DZ compartilham 50% dessa informação, assim como irmãos não gêmeos. Estudos de revisão encontraram um aumento na concordância para o suicídio em gêmeos MZ (14,9%) comparados a gêmeos DZ (0,7%).¹⁹ Outro estudo encontrou um risco relativo 175 vezes maior de suicídio em gêmeos MZ do que em gêmeos DZ.

Estudo com adolescentes gêmeos dos E investigou a taxa de ideação suicida ou tentativa de suicídio autorrelatada. Os autores encontraram altas taxas de concordância para ideação suicida e tentativa de suicídio em gêmeos MZ (23 e 38%, respectivamente) comparados com gêmeos DZ (17 e 17%, respectivamente).

Uma metanálise mostra que em todos os estudos analisados houve uma frequência maior de suicídio entre os gêmeos MZ que entre os gêmeos DZ. Assim, estudos envolvendo gêmeos reforçam fortemente a contribuição genética para o comportamento suicida.

Estudos com genes candidatos à suscetibilidade ao suicídio vêm sendo realizados. Alguns polimorfismos genéticos vêm mostrando associação com suicídio e transtornos mentais em diferentes populações do mundo. Os estudos mostram associação com transtorno bipolar (TB), esquizofrenia, depressão maior e transtorno obsessivo compulsivo (TOC). Outros não mostram o mesmo resultado. Um estudo sugere ainda que o comportamento suicida é influenciado por fatores genéticos em homens em maior grau que em mulheres.

Estudos sobre a relação do suicídio com agressividade e impulsividade vêm sendo realizados. Isso porque se acredita que essas duas características da personalidade estejam relacionadas com o comportamento suicida. Um dos genes

mais estudados é o 5-HTT (também conhecido como SLC6A4). O gene transportador de serotonina (5HTT) desempenha um papel importante na fisiopatologia de transtornos do humor e pode estar envolvido no comportamento suicida.

O 5-HTTLPR é um polimorfismo do gene 5-HTT. Esse polimorfismo vem sendo estudado quanto a agressividade e impulsividade e tentativa de suicídio. Ele está localizado no braço longo do cromossomo 17 (17q11.2). Estudos mostram que os pacientes com tentativa de suicídio apresentam maior frequência do alelo longo (57%) em relação ao curto (43%).

Uma pesquisa com escandinavos não encontrou associação entre as variantes genéticas do gene SLC6A4 e a esquizofrenia, embora uma associação tenha sido encontrada quanto à tentativa de suicídio. Uma metanálise sugere que existe associação significativa entre os polimorfismos desse gene e da enzima triptofano-hidroxilase (TPH) com tentativas de suicídio.

Os genes triptofano-hidroxilase 1 e 2 (TPH1 e TPH2) e o gene monoaminoxidase (MAOA), que estão envolvidos na síntese de serotonina, são genes que indicam uma vulnerabilidade ao suicídio e à presença de transtornos mentais.³

Um estudo de revisão sistemática identificou que os polimorfismos A779C, A218C, A6526G e G5806T (TPH), 5-HTTLPR sL (SLC6A4), C1019G (HTR1A), rs1451371, rs1470750, rs998850 (DDC), e uVNTR (MAOA) apresentaram associação com comportamento suicida. Enquanto os polimorfismos gly22ser, ile28val, arg219leu (HTR1A), C129T, G861C (HTR1B) e T102C (HTR2A) não apresentaram associação.

Uma metanálise identificou que o alelo G do polimorfismo rs6295 do gene HTR1A não apresentou associação com comportamento suicida.³² Nenhuma associação foi encontrada entre HTR2A e ideação suicida em pacientes com esquizofrenia.

Um estudo de revisão sistemática identificou associação entre suicídio e variações genéticas em CREB1, BDNF, NTRK2, os receptores alfa-2 pré-sinápticos glutamatérgico e FKBP5, indicando uma maior predisposição genética para o comportamento suicida. Outro estudo realizado com pacientes deprimidos identificou associação do gene NTRK2 com tentativa de suicídio.

Um estudo realizado com poloneses identificou que o polimorfismo rs6943555 do gene AUTS2 está associado com o suicídio que ocorre após a ingestão de álcool pouco antes da morte. Assim, o alelo A desse polimorfismo pode estar associado como a predisposição para o suicídio sob a influência de álcool.

Os estudos apresentados mostram que existe uma grande quantidade de genes sendo avaliados quanto à sua relação com o suicídio. Apesar disso, eles ainda mostram resultados inconclusivos. Isso pode ser devido à variação na metodologia empregada no estudo, às diferenças genéticas nas populações investigadas, à complexidade biológica subjacente ao comportamento suicida e, ainda, à influência ambiental a que os pacientes estão sujeitos.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

O presente trabalho tem como objetivo descrever as mudanças temporais nos óbitos causados por autolesão na população brasileira entre 1990 e 2019 considerando faixas etárias e sexo.

3.2. Objetivos específicos

Comparar os óbitos causados por autolesão na população brasileira com dados globais.

4. Métodos

4.1. Desenho experimental

Este estudo trata-se de uma pesquisa que utilizou dados secundários, baseado nas estimativas de taxas de mortalidade por autolesão do *GBD 2019*, conforme descrito¹ de forma completa.

De forma geral, o processo de estimativa do *GBD 2019* tem como base várias fontes de dados relevantes para cada doença ou lesão, incluindo censos, pesquisas domiciliares, registro civil e estatísticas vitais, registros de doenças, uso de serviços de saúde, monitores de poluição do ar, imagens de satélite, notificações de doenças e outras fontes¹. Todos os dados do *GBD 2019* foram identificados a partir de revisão sistemática de estudos publicados, pesquisas em sites de governos e organizações internacionais, relatórios publicados, fontes de dados primários, como Pesquisas Demográficas e de Saúde e contribuições de conjuntos de dados por colaboradores do GBD, considerando 19.354 fontes relatando mortes¹.

O recorte da presente pesquisa tem como foco as mortes por autolesão no Brasil entre os anos de 1990 e 2019. Destaco que todas as estimativas globais, regionais, nacionais e, em alguns casos, subnacionais da carga de doenças, lesões e fatores de risco da rodada mais recente podem ser baixadas da plataforma <http://www.healthdata.org/gbd/2019>, que permite acesso e visualização dados do GBD.

4.2. Protocolo de busca e refinamento dos dados

Utilizamos a ferramenta GHDx - Global Health Data Exchange (Global Burden of Disease Collaborative Network - Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020. Available from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>). A ferramenta GHDx permite localizar dados pelas organizações envolvidas, geografia, período e conteúdo. A figura 2, representa o layout que está disponível on-line para consulta.

Figura 2- Layout da página para acesso ao banco de dados GBD 019 pela ferramenta GHDx (Global Health Data Exchange) disponível em <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

The screenshot displays the GHDx GBD Results Tool interface. At the top, there is a navigation bar with links for Home, Countries, Series and Systems, Organizations, Keywords, IHME Data, About the GHDx, and Help. Below this, the main content area features a search bar and a login button. The tool's title is 'GHDx Global Health Data Exchange Discover the World's Health Data'. The current page is titled 'GBD Results Tool' and includes tabs for Overview, Contents, Help, Additional Resources, and Terms & Conditions. A default results message states: 'Default results are global all-cause deaths and DALYs for 2019 with trends since 1990. Refer to the documentation and files available in the Help tab for assistance with common questions and guidance querying the tool, downloading results, interpreting and using results, and troubleshooting.' Below this, there are several filter sections: 'Base' (Single), 'Context' (Cause), 'Measure' (Add/Remove... (2)), 'Location' (Add/Remove... (1)), 'Age' (Add/Remove... (1)), 'Sex' (Add/Remove... (1)), 'Year' (Add/Remove... (1)), and 'Metric' (Add/Remove... (3)). At the bottom, there are buttons for Search, Permalink, and Download CSV.

Como verificado na Figura 2, é possível selecionar dados considerando os itens:

- Locais: superregiões, regiões, países do GBD, unidades subnacionais selecionadas e regiões personalizadas (regiões da OMS, níveis de renda do Banco Mundial e mais);
- Anos: 1990-2019; resultados anuais para todas as medidas;
- Faixa etária: Todas as faixas etárias do GBD;
- Métricas (unidades): número, taxa, porcentagem, anos;
- Medidas: mortes, anos de vida perdidos (YLLs), anos vividos com deficiência (YLDs), anos de vida ajustados por deficiência (DALYs), prevalência, incidência, expectativa de vida, expectativa de vida saudável (HALE), taxa de mortalidade materna (MMR), e valor de exposição resumido (SEV);
- Sexos: masculino, feminino ou ambos os sexos;
- Causas: Todas as causas, riscos, deficiências e lesões do GBD por tipo;

Desta forma, a busca de conteúdo foi baseada nos seguintes parâmetros:

- Locais: Global e Brasil;
- Anos: 1990-2019;
- Faixa etária: Todas as idades; 10 a 24 anos; 25 à 49 anos; 50 à 74 anos; mais de 75 anos;
- Métricas (unidades): taxa por 100.000;
- Medidas: mortes;
- Sexos: masculino, feminino e ambos os sexos;
- Causas: Autolesão;

4.3. Análise estatística

Os dados selecionados foram exportados para uma planilha excel, tendo como unidades os anos de 1990 a 2019. Posteriormente os anos foram agrupados de 5 em 5 anos (1990 a 1994, 1995 a 1999, etc). As informações do número de mortes por 100.000 habitantes, sexo e idade também foram exportadas para a planilha. Após, os dados foram analisados quanto a normalidade e homogeneidade de variância por meio dos testes de Shapiro-Wilks e Levene, respectivamente. Devido a distribuição

não normal, o teste não paramétrico Análise de variância de Friedman foi utilizado para comparar a mudança temporal entre o número de mortes por 100.000 habitantes por autolesão no Brasil a cada 5 anos. Foi realizado o teste de Man-Whitney para amostras independentes comparando as mortes por autolesão no Brasil e Global. O nível de significância adotado no presente estudo para todas as análises foi de $P \leq 0,05$. O software SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp).

5. Resultados

Nos Gráficos 1 a 6 são apresentados os resultados ano a ano (1990 à 2019), considerando as mudanças temporais de óbitos causados por autolesão no mundo (Gráficos 1, 3 e 5) e no Brasil (Gráficos 2, 4 e 6). Em todas os Gráficos os dados são apresentados por taxa observada por 100.000 habitantes, em 5 grupos de idade (Todas as idades, 10 a 24 anos, 25 a 49 anos, 50 a 74 anos e + de 75 anos). Os dados compreendem os anos de 1990 a 2019.

Gráfico 1 - Mudança número de mortes por autolesão no mundo considerando ambos os sexos entre os anos de 1990 a 2019 – taxa por 100.000 habitantes.

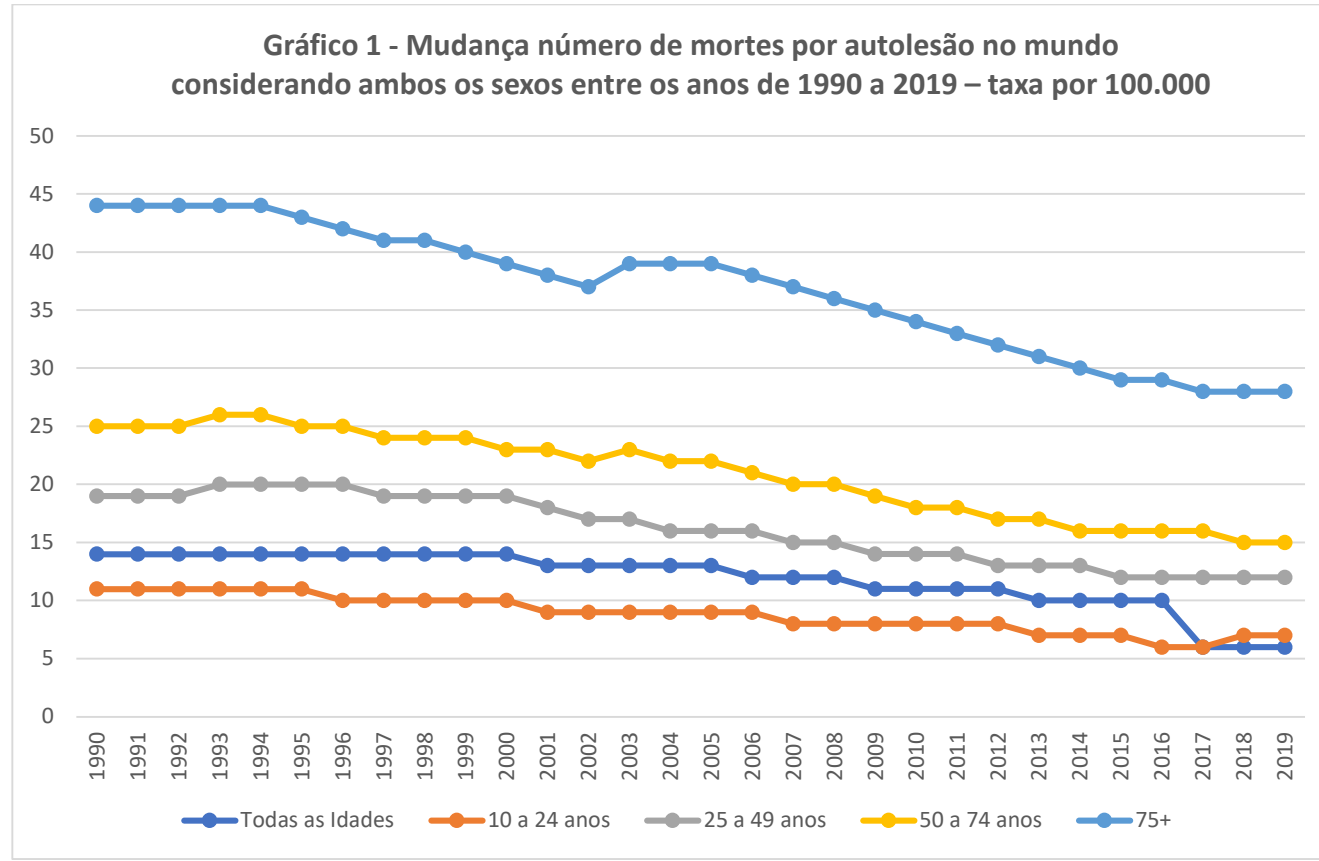


Gráfico 2 - Mudança número de mortes por autolesão no Brasil considerando ambos os sexos entre os anos de 1990 a 2019 – taxa por 100.000 habitantes.

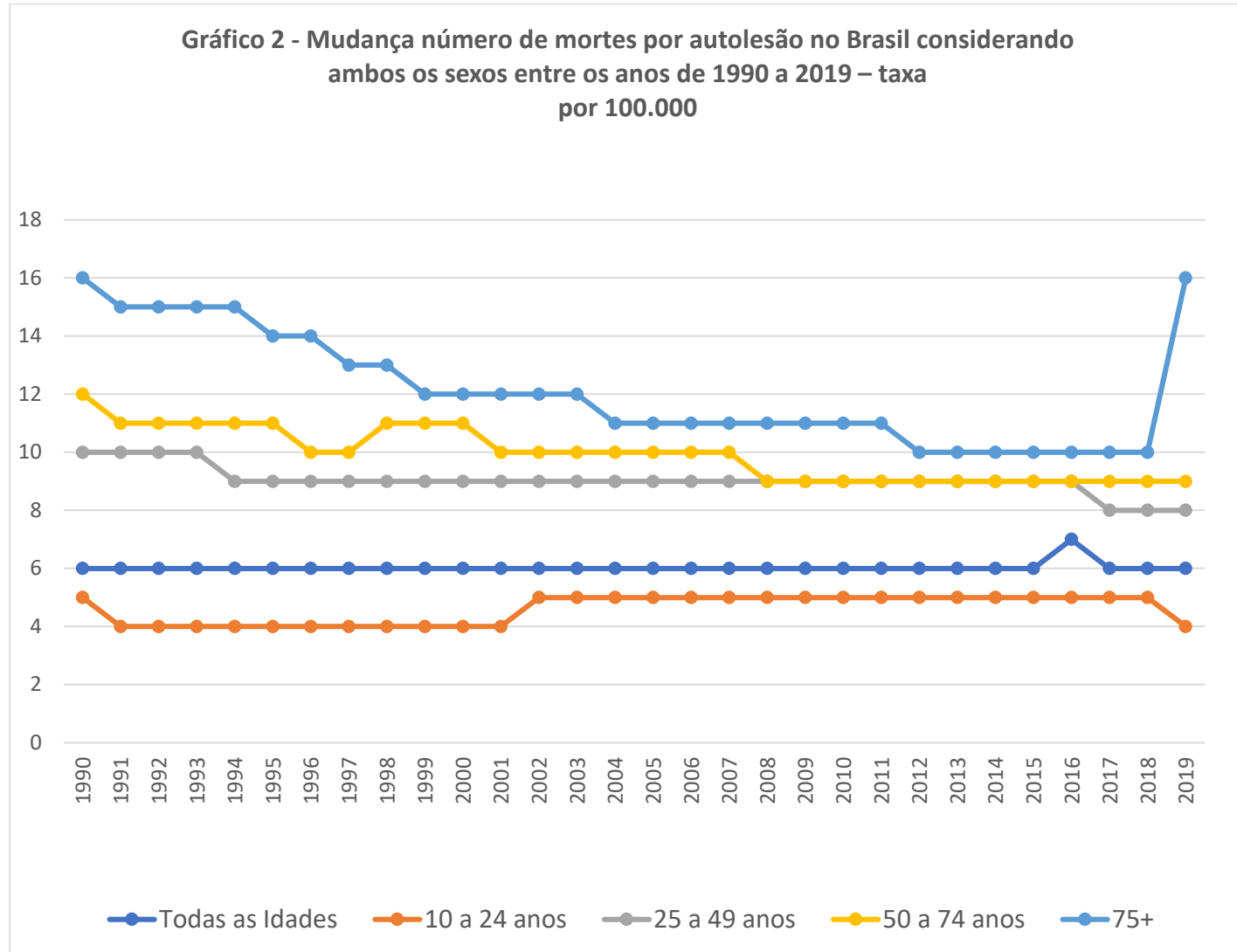


Gráfico 3 - Mudança número de mortes por autolesão no mundo considerando somente mulheres entre os anos de 1990 a 2019 – taxa por 100.000 habitantes.

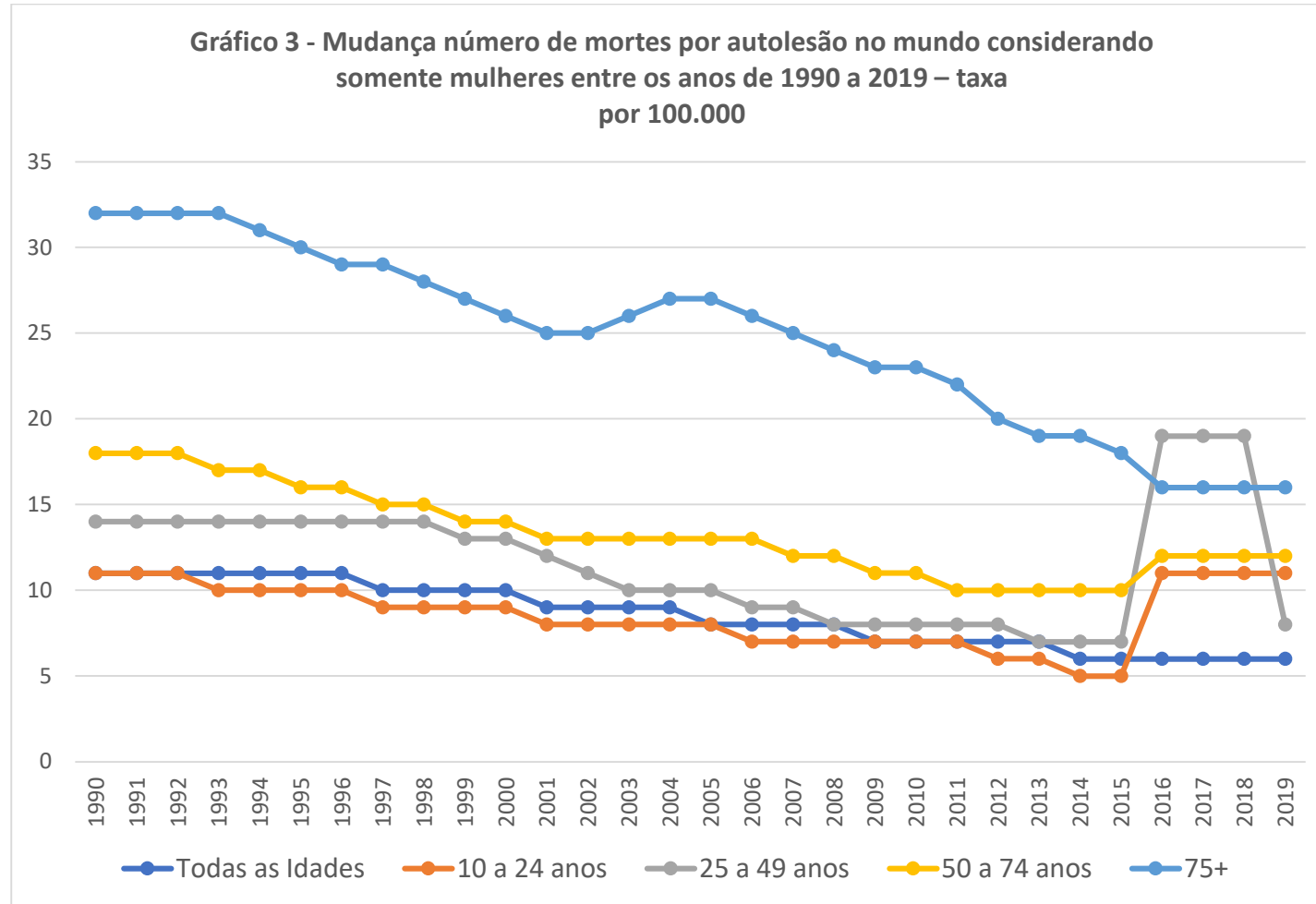


Gráfico 4 - Mudança número de mortes por autolesão no Brasil considerando somente mulheres entre os anos de 1990 a 2019 – taxa por 100.000 habitantes.

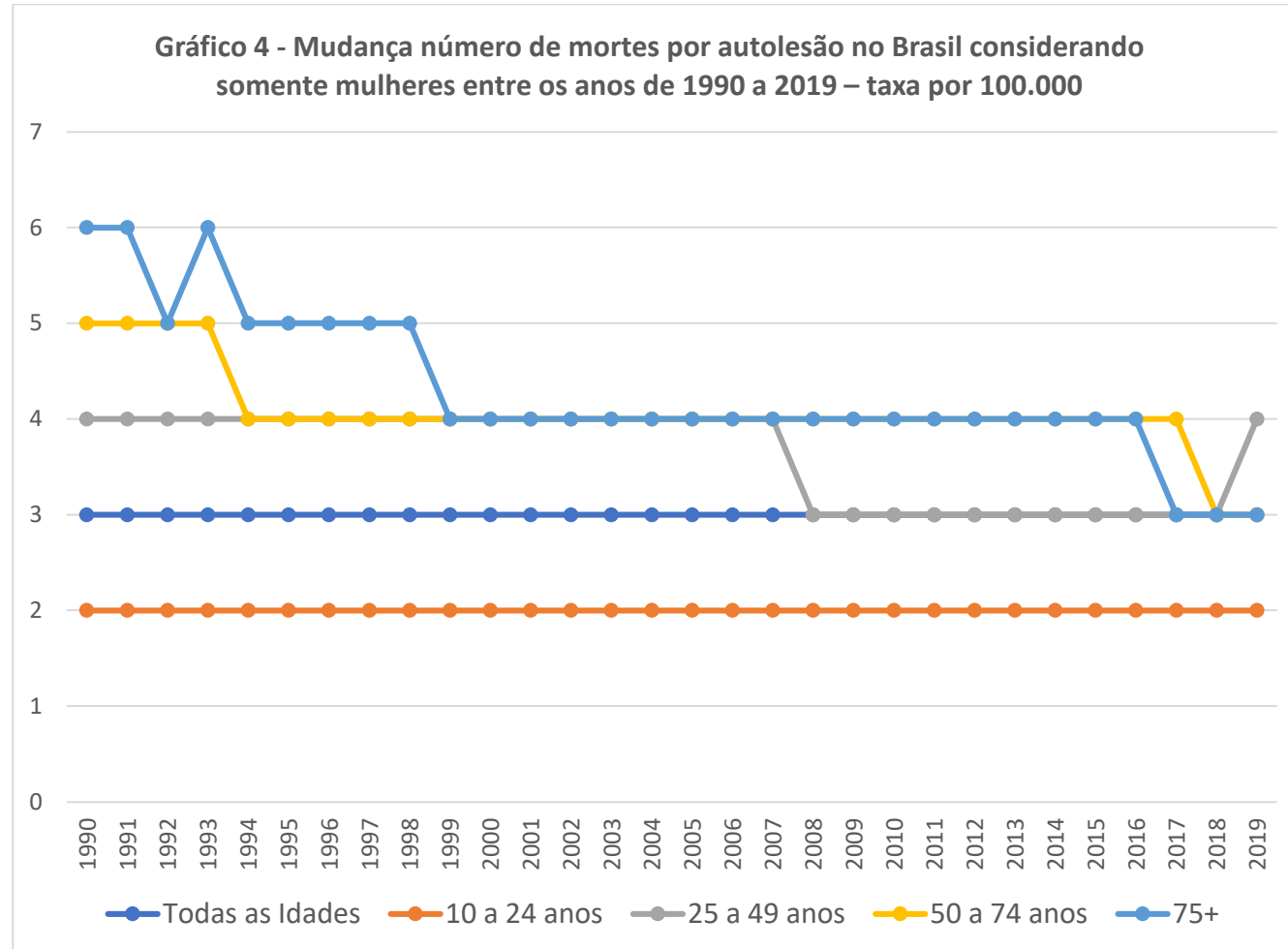


Gráfico 5 - Mudança número de mortes por autolesão no mundo considerando somente homens entre os anos de 1990 a 2019 – taxa por 100.000 habitantes.

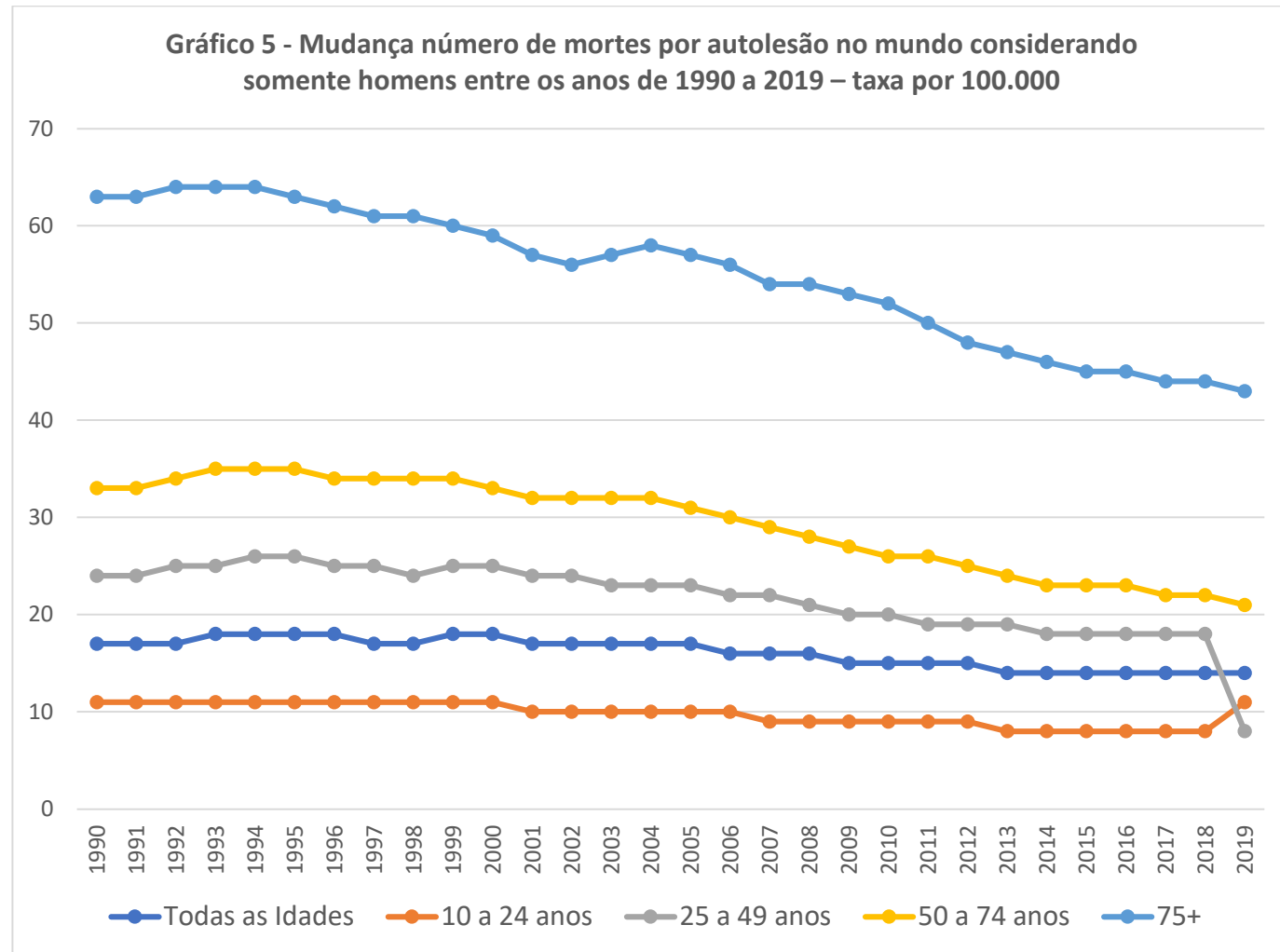
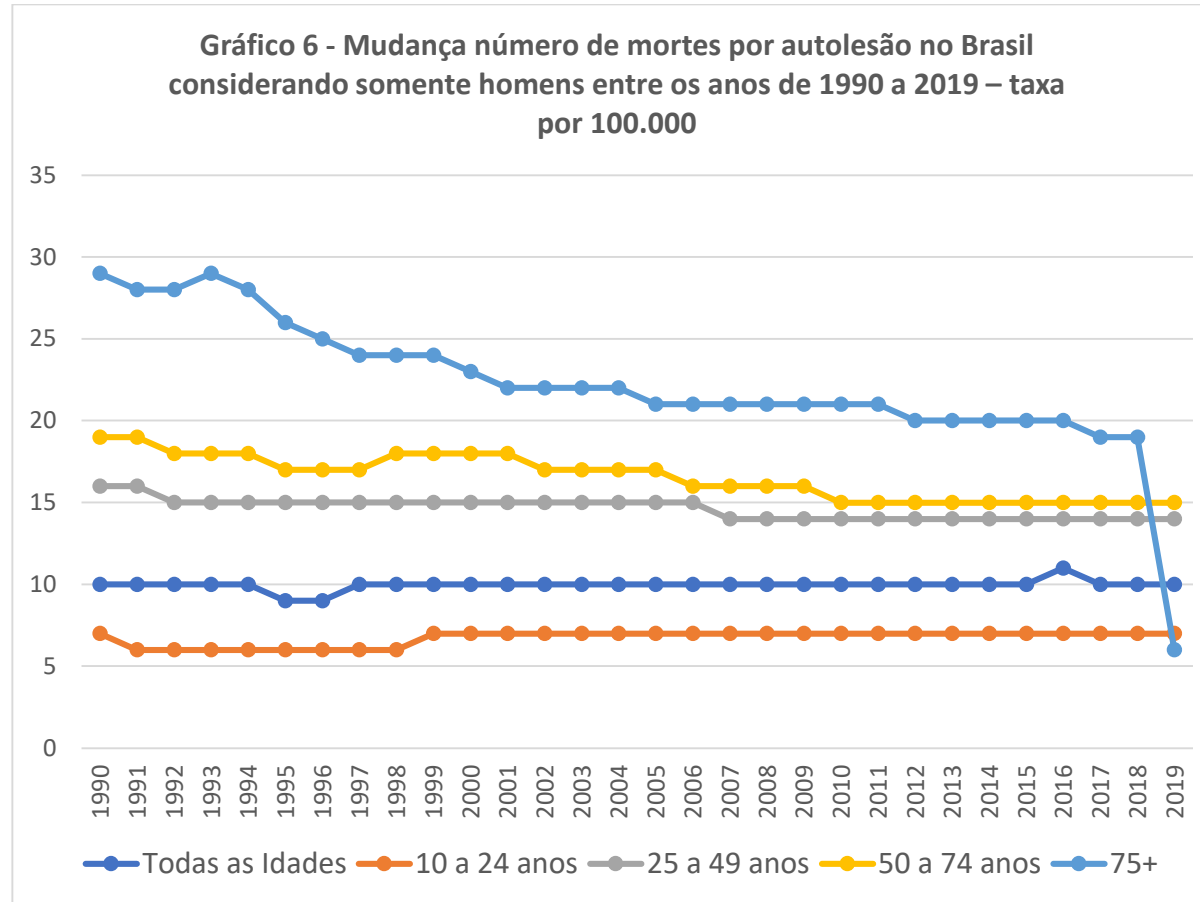
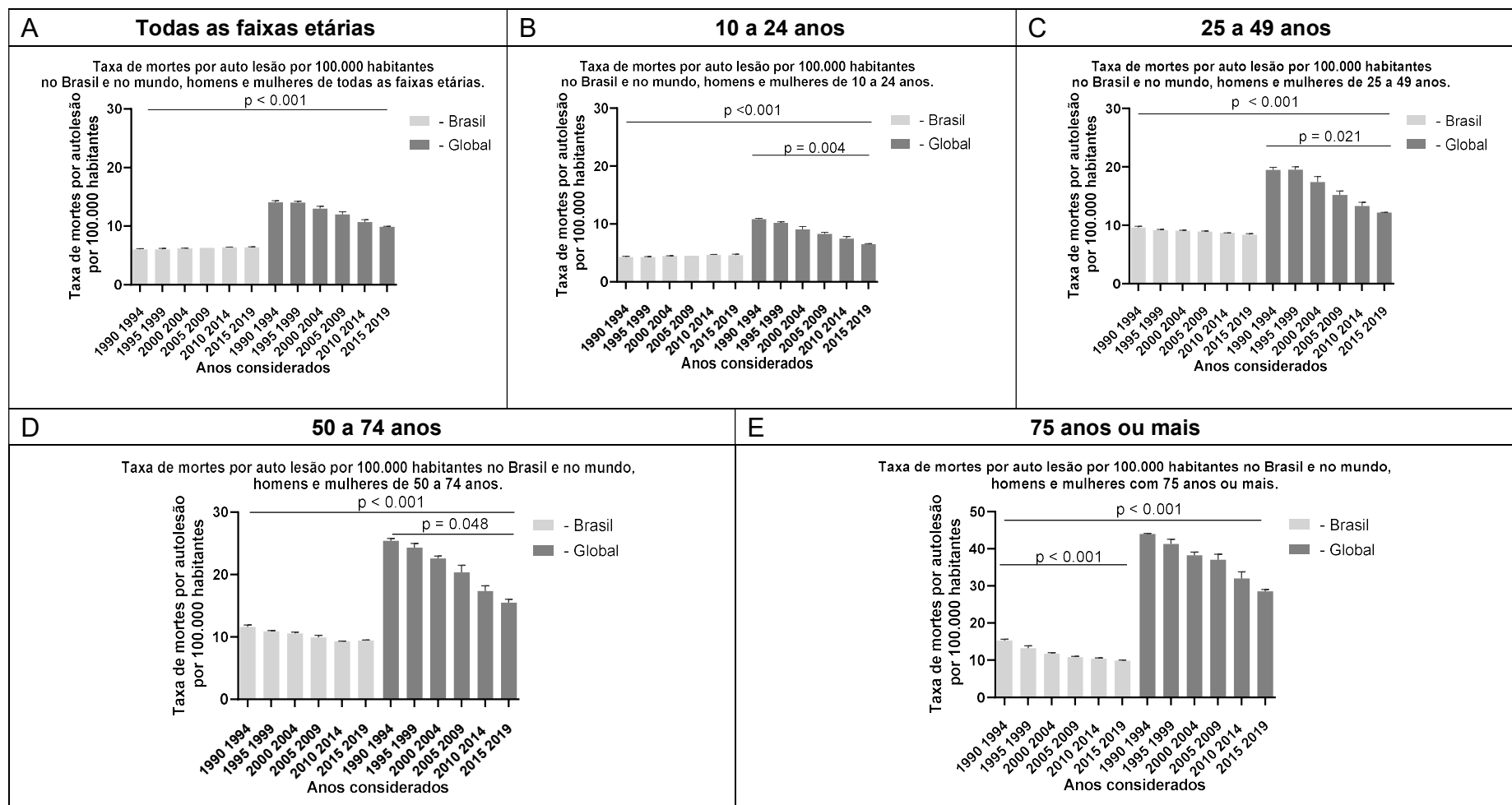


Gráfico 6 - Mudança número de mortes por autolesão no Brasil considerando somente homens entre os anos de 1990 a 2019 – taxa por 100.000 habitantes.



A Figura 3 representa graficamente as mudanças temporais e apresenta o número de óbitos por autolesão (dados do Brasil e dados Globais) entre as faixas etárias (todas as idades – Figura 3A; 10 a 24 anos – Figura 3B; 25 a 49 anos – Figura 3C; 50 a 74 anos – Figura 3D; 75+ anos – Figura 3E) considerando ambos os sexos (homens e mulheres) e anos agrupados a cada 5 anos (1990-1994; 1995-1999; 2000-2004; 2005-2009; 2010-2014; 2015-2019).

Figura 3 - Taxa de mortes por autolesão por 100.000 habitantes. Dados da população brasileira e global (homens e mulheres juntos) por faixas etárias.



A Figura 4 representa graficamente as mudanças temporais e apresenta o número de óbitos por autolesão (dados do Brasil e dados Globais) entre as faixas etárias (todas as idades – Figura 4A; 10 a 24 anos – Figura 4B; 25 a 49 anos – Figura 4C; 50 a 74 anos – Figura 4D; 75+ anos – Figura 4E) considerando homens e ano (agrupados a cada 5 anos - 1990-1994; 1995-1999; 2000-2004; 2005-2009; 2010-2014; 2015-2019).

Já a Figura 5 representa graficamente as mudanças temporais e apresenta o número de óbitos por autolesão e apresenta o número de óbitos por autolesão (dados do Brasil e dados Globais) entre as faixas etárias (todas as idades – Figura 5A; 10 a 24 anos – Figura 5B; 25 a 49 anos – Figura 5C; 50 a 74 anos – Figura 5D; 75+ anos– Figura 5E) considerando mulheres e ano (agrupados a cada 5 anos - 1990-1994; 1995-1999; 2000-2004; 2005-2009; 2010-2014; 2015-2019).

Figura 4 - Taxa de mortes por autolesão por 100.000 habitantes. Dados da população brasileira e global (somente homens) por faixas etárias.

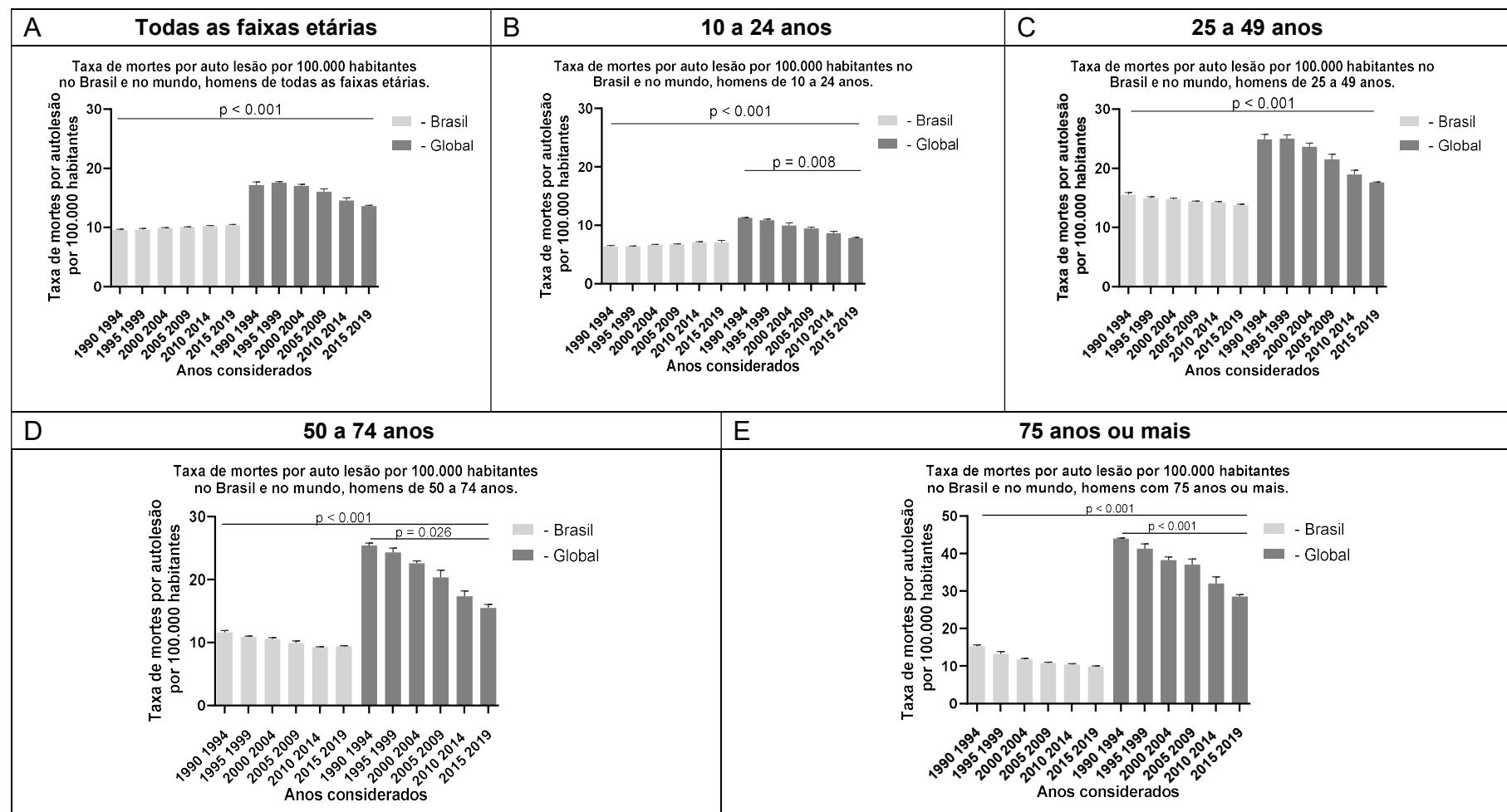
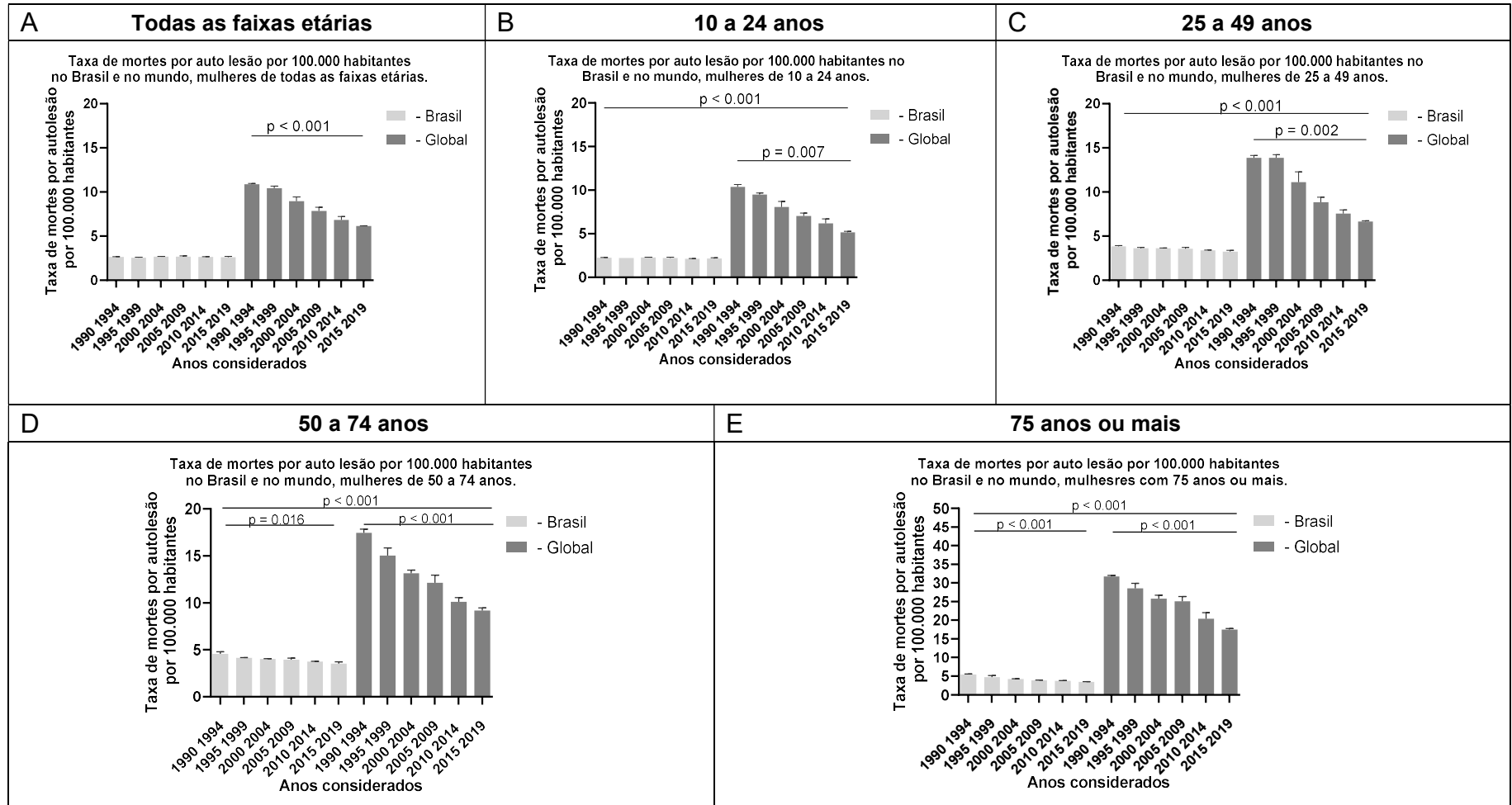


Figura 5 - Taxa de mortes por autolesão por 100.000 habitantes. Dados da população brasileira e global (somente mulheres) por faixas etárias.



6. Discussão

O presente trabalho analisou as mudanças temporais nos óbitos causados por autolesão na população brasileira entre 1990 e 2019, demonstrando que nas análises com homens e mulheres juntos, apenas na faixa etária com 75 anos ou mais houve diminuição com significância estatística ($p < 0,05$). Quando analisado apenas mulheres, verificamos diferença tanto na faixa etária 50 a 74 anos, como 75 anos ou mais ($p < 0,05$). Na análise apenas com homens, não verificamos diferenças na amostra brasileira ($p > 0,05$).

Diferentemente do verificado com amostra brasileira, quando analisado as mudanças temporais nos óbitos causados por autolesão em relação aos dados globais, verificamos diminuição significativa nos óbitos por autolesão na análise de homens e mulheres juntos nas faixas etárias 10 a 24 anos, 25 a 49 anos, 50 a 74 anos, 75 anos ou mais ($p < 0,05$). A mesma observação se repetiu com diminuição significativa nos óbitos por autolesão na análise apenas com mulheres nas faixas etárias 10 a 24 anos, 25 a 49 anos, 50 a 74 anos, 75 anos ou mais ($p < 0,05$). Por fim, na análise apenas com homens verificamos diferença nas faixas etárias 10 a 24 anos, 50 a 74 anos, e 75 anos ou mais ($p < 0,05$).

Na comparação dos dados de amostra brasileira e global, verificamos diferença para todas as comparações realizadas: homens e mulheres juntos (Todas as idades, 10 a 24 anos, 25 a 49 anos, 50 a 74 anos, 75 anos ou mais) e Apenas homens (Todas as idades, 10 a 24 anos, 25 a 49 anos, 50 a 74 anos, 75 anos ou mais). Na comparação dos dados de amostra brasileira e global, apenas de mulheres, só não foi verificado diferença na comparação Todas as idades, ou seja, verificamos diferenças significantes para as demais comparações (10 a 24 anos, 25 a 49 anos, 50 a 74 anos, 75 anos ou mais).

Considerando o apresentado, verificamos que entre 1990 e 2016 os óbitos por autolesão no Brasil não apresentaram diminuição, mas estão abaixo da média global, o que pode ser considerado positivo para o Brasil. Porém, é importante destacar que como já demonstrado barreiras socioculturais, morais e religiosas interferem na qualidade da informação quanto a morte por autolesão no Brasil²⁵. Adicionalmente, um estudo com amostra americana²⁶, descobriu que as taxas oficiais de suicídio para negros (maioria da população brasileira é negra) foram aproximadamente dois quintos

das taxas para a maioria da população branca, porém quando os suicídios foram agrupados com mortes de intenção indeterminada negros tiveram 2,38 mais chances brancos de receber uma classificação indeterminada o que indica que dados subnotificados podem colaborar para as possíveis diferenças verificadas.

Mesmo com tal limitação sendo um desafio, é claro que houve uma diminuição no número de óbitos na média mundial, e considerando que mesmo com o possível viés de classificação do óbito, podemos assumir que tal limitação está presente em todos os anos analisados, entendemos que a diminuição no número de óbitos de fato ocorreu. É importante destacar que mortes por autolesão figura entre as 5 principais causas de morte entre 1990 e 2016 ²⁷ o que sinaliza a necessidade de mais melhorias de tal indicador global.

Em relação as diferenças entre homens e mulheres verificadas, estas já eram esperadas. De fato, comportamentos de autolesão em homens é maior, pelo acesso a métodos mais letais, o que parece se basear principalmente na socialização masculina que valoriza a competitividade e a agressividade, maior exposição a situações de risco e maior vulnerabilidade de cuidado e carinho²⁸.

Para continuidade na melhoria de tais indicadores globais e atingir uma melhoria no indicador brasileiro, a melhoria do sistema de saúde, o maior acesso a esses serviços, maior informação sobre autolesão e/ou suicídio, bem como políticas e campanhas que aumentem o conhecimento das pessoas sobre o tema e possibilite que seja de alguma forma prevenido se faz necessário. No Brasil, exemplos são o setembro amarelo, em que se divulga formas de prevenção ao suicídio e o CVV que acolhe pessoas que estejam lidando com esse sofrimento e queira ajuda.

7. Conclusão

De modo geral, em relação aos dados brasileiros com homens e mulheres juntos, apenas na faixa etária com 75 anos ou mais houve diminuição com significância estatística ($p < 0,05$). Quando analisado apenas mulheres, verificamos diferença tanto na faixa etária 50 a 74 anos, como 75 anos ou mais ($p < 0,05$). Em relação aos dados globais, verificamos diminuição significativa nos óbitos por autolesão na análise de homens e mulheres juntos nas faixas etárias 10 a 24 anos, 25 a 49 anos, 50 a 74 anos, 75 anos ou mais ($p < 0,05$) e a mesma observação se

repetiu mulheres nas faixas etárias 10 a 24 anos, 25 a 49 anos, 50 a 74 anos, 75 anos ou mais ($p < 0,05$). Por fim, na análise apenas com homens verificamos diferença nas faixas etárias 10 a 24 anos, 50 a 74 anos, e 75 anos ou mais ($p < 0,05$).

Nosso estudo não está livre de limitações. Primeiro, utilizamos dados secundários de um banco de dados. Apesar de tal banco de dados se tratar de um dos mais completos estudos mundiais, temos limitações como possibilidade de coleta de novas informações e assumimos os mesmos vieses do estudo primário. Adicionalmente, os dados globais incluem países com realidades muito diferentes ao do Brasil, o que pode colaborar nas evidências observadas.

8. Referências Bibliográficas

1. GBD. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1204-1222. 2020/10/19. DOI: 10.1016/s0140-6736(20)30925-9.
2. Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005; 366: 1471-1483. 2005/10/26. DOI: 10.1016/s0140-6736(05)67600-3.
3. Avanci JQ and Pinto LW. Notifications, hospitalizations and deaths from self-harm in children in Brazil's national health systems. 2021; 26: 4895-4908. DOI: 10.1590/1413-812320212611.3.35202019.
4. Malta DC, Minayo MCS, Soares AMF, et al. Mortality and years of life lost by interpersonal violence and self-harm: in Brazil and Brazilian states: analysis of the estimates of the Global Burden of Disease Study, 1990 and 2015. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology* 2017; 20Suppl 01: 142-156. 2017/06/29. DOI: 10.1590/1980-5497201700050012.
5. Chan M. From new estimates to better data. *Lancet* 2012; 380: 2054. 2012/12/19. DOI: 10.1016/s0140-6736(12)62135-7.
6. GBD-Brazil. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018; 392: 760-775. 2018/07/25. DOI: 10.1016/s0140-6736(18)31221-2.
7. Murray CJ and Lopez AD. Measuring global health: motivation and evolution of the Global Burden of Disease Study. *The Lancet* 2017; 390: 1460-1464.
8. Horton R. GBD 2010: understanding disease, injury, and risk. *Lancet* 2012; 380: 2053-2054. 2012/12/19. DOI: 10.1016/s0140-6736(12)62133-3.
9. Oliveira MM and Silva IPB. ESOPHAGEAL CANCER MORTALITY IN BRAZIL: A TIME-SERIES ANALYSIS FROM THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY. 2021; 58: 100-106. DOI: 10.1590/s0004-2803.202100000-17.
10. Malta DC, Teixeira R and Oliveira GMM. Cardiovascular Disease Mortality According to the Brazilian Information System on Mortality and the Global Burden of Disease Study Estimates in Brazil, 2000-2017. 2020; 115: 152-160. DOI: 10.36660/abc.20190867.
11. Assunção A and França EB. Years of life lost by CNCD attributed to occupational hazards in Brazil: GBD 2016 study. 2020; 54: 28. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001257.
12. Oliveira CM and Ciríaco DL. The impact of the investigation on deaths classified as garbage codes on the quality of the cause-of-death information in the Northeast region, Brazil. 2019; 22Suppl 3: e19007.supl.19003. DOI: 10.1590/1980-549720190007.supl.3.

13. Souza MFM, Malta DC, França EB, et al. Changes in health and disease in Brazil and its States in the 30 years since the Unified Healthcare System (SUS) was created. *Ciencia & saude coletiva* 2018; 23: 1737-1750. 2018/07/05. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04822018.
14. Souza MFM, França EB and Cavalcante A. Burden of disease and health situation analysis: results of the Global Burden of Disease (GBD) Brazil network. *Revista de saude publica* 2017; 20Suppl 01: 1-3. 2020/03/28
2017/06/29. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001257
10.1590/1980-5497201700050001.
15. José BPS, Corrêa RA, Malta DC, et al. Mortality and disability from tobacco-related diseases in Brazil, 1990 to 2015. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology* 2017; 20Suppl 01: 75-89. 2017/06/29. DOI: 10.1590/1980-5497201700050015
10.1590/1980-5497201700050007.
16. Ishitani LH, Teixeira RA, Abreu DMX, et al. Quality of mortality statistics' information: garbage codes as causes of death in Belo Horizonte, 2011-2013. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology* 2017; 20Suppl 01: 34-45. 2017/06/29. DOI: 10.1590/1980-5497201700050004.
17. Guimarães MDC, Carneiro M, Abreu DMX, et al. HIV/AIDS Mortality in Brazil, 2000-2015: Are there reasons for concern? *Arq Bras Cardiol* 2017; 20Suppl 01: 182-190. 2020/07/23. DOI: 10.36660/abc.20190867
10.1590/1980-5497201700050015.
18. Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT, Corrêa CSL, et al. Magnitude and variation of the burden of cancer mortality in Brazil and Federation Units, 1990 and 2015. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology* 2017; 20Suppl 01: 102-115. 2019/12/05. DOI: 10.1590/1980-549720190007.supl.3
10.1590/1980-5497201700050009.
19. França EB, Lansky S, Rego MAS, et al. Leading causes of child mortality in Brazil, in 1990 and 2015: estimates from the Global Burden of Disease study. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology* 2017; 20Suppl 01: 46-60. 2017/06/29. DOI: 10.1590/1980-5497201700050005.
20. Duncan BB, França EB, Passos VMA, et al. The burden of diabetes and hyperglycemia in Brazil and its states: findings from the Global Burden of Disease Study 2015. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology* 2017; 20Suppl 01: 90-101. 2017/06/29. DOI: 10.1590/1980-5497201700050009
10.1590/1980-5497201700050008.
21. Corrêa RA, José BPS, Malta DC, et al. Burden of disease by lower respiratory tract infections in Brazil, 1990 to 2015: estimates of the Global Burden of Disease 2015 study. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology* 2017; 20Suppl 01: 171-181. 2017/06/29. DOI: 10.1590/1980-5497201700050014.
22. Brant LCC, Nascimento BR, Passos VMA, et al. Variations and particularities in cardiovascular disease mortality in Brazil and Brazilian states in 1990 and 2015: estimates from the Global Burden of Disease. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology* 2017; 20Suppl 01: 116-128. 2017/06/29. DOI: 10.1590/1980-5497201700050010.
23. Araújo VEM, Bezerra JMT, Amâncio FF, et al. Increase in the burden of dengue in Brazil and federated units, 2000 and 2015: analysis of the Global Burden of Disease Study 2015. *Arquivos de gastroenterologia* 2017; 20Suppl 01: 205-216. 2021/04/29
2017/06/29. DOI: 10.1590/s0004-2803.202100000-17
10.1590/1980-5497201700050017.

24. Figueiredo AEB, Botega NJ. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015. *Ciencia & saude coletiva* 2016; 21: 3633-3634.
25. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Cienc Saude Coletiva* 2017; 22: 2841-2850.
26. Rockett IR, Wang S, Stack S, et al. Race/ethnicity and potential suicide misclassification: window on a minority suicide paradox? *BMC psychiatry* 2010; 10: 1-8.
27. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; 390: 1151-1210. 2017/09/19. DOI: 10.1016/s0140-6736(17)32152-9.
28. Fox KR, Millner AJ, Mukerji CE, et al. Examining the role of sex in self-injurious thoughts and behaviors. *Clinical psychology review* 2018; 66: 3-11. 2017/10/11. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.09.009.

Anexos

Tabela 2 – Taxa de mortes por autolesão por 100.000 habitantes no Brasil e no mundo, considerando todas as faixas etárias, homem e mulher.

	Todas as faixas etárias		10 a 24 anos		25 a 49 anos		50 a 74 anos		75 anos ou mais	
	Taxa por 100 mil hab. - Brasil	Taxa por 100 mil hab. Global	Taxa por 100 mil hab. - Brasil	Taxa por 100 mil hab. Global	Taxa por 100 mil hab. - Brasil	Taxa por 100 mil hab. Global	Taxa por 100 mil hab. - Brasil	Taxa por 100 mil hab. Global	Taxa por 100 mil hab. - Brasil	Taxa por 100 mil hab. Global
1990 1994	6,05 ± 0,09	14,0 ± 0,25	4,30 ± 0,14	10,82 ± 0,14	9,55 ± 0,30	19,46 ± 0,46	11,62 ± 0,30	25,45 ± 0,34	15,30 ± 0,35	43,94 ± 0,16
1995 1999	6,04 ± 0,13	14,00 ± 0,22	4,29 ± 0,06	10,19 ± 0,17	9,16 ± 0,12	19,51 ± 0,49	10,90 ± 0,16	24,28 ± 0,68	13,20 ± 0,63	41,34 ± 1,23
2000 2004	6,23 ± 0,04	13,01 ± 0,40	4,46 ± 0,07	9,04 ± 0,54	9,08 ± 0,08	17,39 ± 0,92	10,62 ± 0,22	22,54 ± 0,37	11,73 ± 0,26	38,25 ± 0,86
2005 2009	6,31 ± 0,02	11,97 ± 0,47	4,50 ± 0,01	8,26 ± 0,29	8,89 ± 0,10	15,19 ± 0,71	9,94 ± 0,35	20,36 ± 1,18	10,82 ± 0,18	37,08 ± 1,46
2010 2014	6,35 ± 0,05	10,71 ± 0,42	4,61 ± 0,09	7,43 ± 0,41	8,67 ± 0,07	13,29 ± 0,59	9,33 ± 0,02	17,37 ± 0,83	10,38 ± 0,28	32,04 ± 1,77
2015 2019	6,38 ± 0,12	9,89 ± 0,09	4,63 ± 0,21	6,51 ± 0,09	8,37 ± 0,15	12,15 ± 0,10	9,43 ± 0,08	15,50 ± 0,53	9,86 ± 0,19	28,54 ± 0,49

Tabela 2 – Taxa de mortes por autolesão por 100.000 habitantes no Brasil e no mundo, considerando todas as faixas etárias, somente homem.

	Todas as faixas etárias		10 a 24 anos		25 a 49 anos		50 a 74 anos		75 anos ou mais	
	Taxa por 100 mil hab. - Brasil	Taxa por 100 mil hab. Global	Taxa por 100 mil hab. - Brasil	Taxa por 100 mil hab. Global	Taxa por 100 mil hab. - Brasil	Taxa por 100 mil hab. Global	Taxa por 100 mil hab. - Brasil	Taxa por 100 mil hab. Global	Taxa por 100 mil hab. - Brasil	Taxa por 100 mil hab. Global
1990 1994	9,60 ± 0,12	17,17 ± 0,56	6,37 ± 0,22	11,26 ± 0,03	15,54 ± 0,43	24,90 ± 1,07	18,50 ± 0,43	33,78 ± 1,07	28,37 ± 0,61	63,48 ± 0,38
1995 1999	9,62 ± 0,22	17,55 ± 0,21	6,39 ± 0,10	10,86 ± 0,17	14,98 ± 0,20	25,03 ± 0,63	17,55 ± 0,37	33,91 ± 0,55	24,60 ± 0,97	61,48 ± 1,22
2000 2004	9,92 ± 0,04	17,01 ± 0,29	6,63 ± 0,09	9,96 ± 0,44	14,79 ± 0,19	23,59 ± 0,65	17,27 ± 0,39	32,28 ± 0,63	22,15 ± 0,43	57,28 ± 0,87
2005 2009	10,06 ± 0,05	16,03 ± 0,52	6,76 ± 0,08	9,44 ± 0,25	14,44 ± 0,06	21,50 ± 0,87	16,09 ± 0,48	28,91 ± 1,57	20,78 ± 0,25	54,71 ± 1,83
2010 2014	10,24 ± 0,09	14,56 ± 0,47	7,05 ± 0,15	8,62 ± 0,29	14,21 ± 0,15	18,97 ± 0,75	14,98 ± 0,18	24,95 ± 1,21	20,13 ± 0,52	48,66 ± 2,12
2015 2019	10,36 ± 0,15	13,62 ± 0,12	7,06 ± 0,35	7,79 ± 0,13	13,76 ± 0,16	17,56 ± 0,12	14,95 ± 0,36	22,12 ± 0,77	19,30 ± 0,36	44,04 ± 0,88

Tabela 3 – Taxa de mortes por autolesão por 100.000 habitantes no Brasil e no mundo, considerando todas as faixas etárias, somente mulher.

	Todas as faixas etárias		10 a 24 anos		25 a 49 anos		50 a 74 anos		75 anos ou mais	
	Taxa por 100 mil hab. - Brasil	Taxa por 100 mil hab. Global	Taxa por 100 mil hab. - Brasil	Taxa por 100 mil hab. Global	Taxa por 100 mil hab. - Brasil	Taxa por 100 mil hab. Global	Taxa por 100 mil hab. - Brasil	Taxa por 100 mil hab. Global	Taxa por 100 mil hab. - Brasil	Taxa por 100 mil hab. Global
1990 1994	2,62 ± 0,04	10,87 ± 0,11	2,23 ± 0,07	10,37 ± 0,30	3,82 ± 0,13	13,86 ± 0,26	4,57 ± 0,21	17,50 ± 0,38	5,47 ± 0,09	31,79 ± 0,26
1995 1999	2,54 ± 0,05%	10,40 ± 0,24	2,20 ± 0,00	9,49 ± 0,17	3,62 ± 0,06	13,84 ± 0,37	4,12 ± 0,05	15,05 ± 0,83	4,79 ± 0,34	28,57 ± 1,33
2000 2004	2,66 ± 0,05	8,95 ± 0,52	2,26 ± 0,05	8,07 ± 0,64	3,62 ± 0,03	11,09 ± 1,18	4,02 ± 0,05	13,16 ± 0,32	4,22 ± 0,08	25,80 ± 0,90
2005 2009	2,68 ± 0,08	7,87 ± 0,41	2,21 ± 0,08	6,43 ± 0,35	3,57 ± 0,14	8,81 ± 0,56	3,92 ± 0,16	12,14 ± 0,81	3,87 ± 0,08	25,08 ± 1,35
2010 2014	2,62 ± 0,04	6,83 ± 0,38	2,17 ± 0,08	6,18 ± 0,54	3,37 ± 0,03	7,54 ± 0,43	3,73 ± 0,04	10,09 ± 0,45	3,73 ± 0,10	20,45 ± 1,58
2015 2019	2,60 ± 0,10	6,13 ± 0,05	2,14 ± 0,07	5,16 ± 0,11	3,22 ± 0,16	6,67 ± 0,09	3,54 ± 0,17	9,17 ± 0,29	3,42 ± 0,08	17,55 ± 0,29