

Epidemiologia do suicídio em um município pantaneiro: análise temporal entre os anos de 1996 e 2019

Epidemiology of suicide in a Pantanal municipality: temporal analysis between 1996 and 2019

Epidemiología del suicidio en un municipio del Pantanal: análisis temporal entre 1996 y 2019

Recebido: 16/11/2022 | Revisado: 21/11/2022 | Aceito: 15/02/2022 | Publicado: 21/02/2022

Patrick Le Bourlegat

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0287-6041>
Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil
E-mail: patrick.le.lebourlegat@unemat.br

Tatiane Gomes de Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9406-9831>
Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil
E-mail: tatiane.almeida@unemat.br

Alexandra Oliveira Ramos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6064-9045>
Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil
E-mail: ale_oliveiracac@hotmail.com

Mayara Oliveira Xaves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9144-0244>
Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil
E-mail: mayaraxaves@hotmail.com

Maria Eugênia Villarruel da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0115-0540>
Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil
E-mail: mariaavillarruel@hotmail.com

Resumo

Objetivo: O presente estudo analisou a tendência temporal da taxa de mortalidade por suicídio entre as faixas etárias, métodos para cometer suicídio, sexo e meses do ano no município de Cáceres no estado de Mato Grosso entre os anos de 1996 a 2019. **Metodologia:** Trata-se de um estudo amostral, documental, descritivo, quantitativo, focando nos casos de suicídios ocorridos em Cáceres entre 1996 a 2019. Os dados foram recuperados no site do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), adotando-se a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). As comparações foram analisadas estatisticamente utilizando ANOVA com aplicação do teste F, teste de Tukey e teste de Student, utilizando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Durante os 24 anos analisados (1996-2019) mostraram que ocorreram 145 óbitos em Cáceres, uma média de 6 mortes anualmente. Nos 12 meses do ano no período analisado, os meses de Julho e dezembro apresentaram 18 óbitos cada um, já no mês de novembro cinco mortes. A maior taxa de mortalidade ocorreu entre os idosos (acima de 80 anos) com uma taxa 12,67/100 mil habitantes. O sexo masculino apresentou maior taxa de mortalidade (10,7/100 mil habitantes), sendo até 4 vezes maior que o sexo feminino (2,7/100 mil habitantes). O método mais utilizado para cometer suicídio no período no município de Cáceres foi o enforcamento, correspondendo a 60,9%. **Conclusão:** Dessa forma, o sexo e a faixa etária que mais comete suicídio são os do sexo masculino e os idosos. Além disso, o método mais utilizado para cometer suicídio foi o enforcamento.

Palavras-chave: Mortalidade; Saúde pública; Faixa etária; Sexo; Métodos.

Abstract:

Objective: The present research analyzed the temporal trend of the suicide mortality rate between age groups, methods of committing suicide, sex and months of the year in the city of Cáceres, in the state of Mato Grosso, between 1996 and 2019. **Methodology:** This is a sample study, documentary, descriptive, quantitative, focusing on cases of suicide that occurred in Cáceres between 1996 and 2019. The data were retrieved from the website of the Department of Information of the Unified Health System (DATASUS), adopting the International Classification of Diseases (CID-10). The comparisons were analyzed statistically using ANOVA with application of F test, Tukey test and Student test, using a significance level of 5% ($p < 0,05$). **Results:** During the 24 years analyzed (1996-2019) it was shown that there were 145 suicides in Cáceres, an average of 6 deaths annually. In

the 12 months of the year in the analyzed period, the months of July and December had 18 deaths each, while in November there were five deaths. The highest mortality rate occurred among the elderly (over 80 years old) with a rate of 12,67/100 thousand inhabitants. Males had a higher mortality rate (10,7/100 thousand inhabitants), being up to 4 times higher than females (2,7/100 thousand inhabitants). The most used method to commit suicide in the period in the city of Cáceres was hanging, corresponding to 60,9%. Conclusion: Thus, the sex and age group that most commit suicide are males and the elderly. Furthermore, the most used method of committing suicide was hanging.

Keywords: Mortality; Public health; Age group; Sex; Method.

Resumen:

Objetivo: El estudio presente analizó la tendencia temporal de la tasa de mortalidad por suicidio entre grupos de edad, métodos de suicidio, sexo y meses del año en la ciudad de Cáceres en el estado de Mato Grosso entre 1996 y 2019. Metodología: Se trata de un estudio muestral, documental, descriptivo, cuantitativo, centrado en los casos de suicidio ocurridos en Cáceres entre 1996 y 2019. Los datos fueron recuperados de lo sitio del Departamento de Información del Sistema Único de Salud (DATASUS), adoptando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CID-10). Las comparaciones se analizaron estadísticamente mediante ANOVA con aplicación de prueba F, prueba de Tukey y prueba de Student, utilizando un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). Resultados: Durante los 24 años analizados (1996-2019) se demostró que hubo 145 suicidios en Cáceres, una media de 6 muertes anuales. En los 12 meses del año en el período analizado, los meses de julio y diciembre tuvieron 18 muertes cada uno, mientras que en noviembre hubo cinco muertes. La mayor tasa de mortalidad se presentó entre los ancianos (mayores de 80 años) con una tasa de 12,67/100 mil habitantes. Los hombres presentaron una mayor tasa de mortalidad (10,7/100 mil habitantes), siendo hasta 4 veces mayor que las mujeres (2,7/100 mil habitantes). El método más utilizado para suicidarse en el período en la ciudad de Cáceres fue el ahorcamiento, correspondiente al 60,9%. Conclusión: Así, el sexo y el grupo de edad que más se suicidan son los hombres y los ancianos. Además, el método más utilizado para suicidarse era el ahorcamiento.

Palabras clave: Mortalidad; Salud pública; Grupo de edad; Sexo; Métodos.

1. Introdução

O suicídio tornou-se um problema grave de saúde pública, uma vez que os dados globais demonstram que a taxa vem crescendo e os casos ultrapassam a cada ano as mortes decorrentes de homicídios e guerras combinadas (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014). Mais de 800 mil pessoas se suicidam a cada ano, sendo a segunda causa de morte entre jovens entre 15 e 29 anos, podendo ocorrer em qualquer região do mundo com qualquer pessoa, em que 75% dos casos de suicídio estão nos países de baixa e média renda (OPAS/OMS, 2016).

Prolongar a vida é um dos objetivos da saúde pública, o que é enfatizado conceitualmente também pela Organização Mundial da Saúde (Gasparetto Junior, 2017) tendo como ponto estratégico o dia 10 de setembro o dia mundial de prevenção contra o suicídio. A World Health Organization (WHO, 2019) relata que, no mundo, a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio e em 3 segundos alguém tenta tirar a própria vida. A cada 100 mil habitantes há 11,4 suicídios, sendo 15,0 para homens e 8,0 para mulheres (OMS, 2014).

Guiana, que faz divisa com os estados brasileiros Roraima e Pará, tem menos de um milhão de habitantes, porém é o país que apresenta a maior taxa mundial de óbitos por suicídio, sendo 44,0 a cada 100 mil habitantes. Ademais, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde Brasil (OPAS/OMS Brasil, 2018) cerca de 79% dos casos de suicídio ocorrem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, sendo considerado uma correlação entre situação econômica e taxas de suicídio. Vale ressaltar ainda que, dos 183 países integrantes da Organização Mundial da Saúde (OMS), apenas 38, entre eles o Brasil, apresentam alguma estratégia de prevenção ao suicídio e apenas 80 possuem registros de boa qualidade que podem ser usados diretamente para estimar as taxas de suicídio, resultando com isso uma das principais dificuldades para a elaboração de estratégias eficientes e eficazes contra o suicídio (OPAS/OMS Brasil, 2018; OMS, 2019).

A Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) relata dois principais fatores de risco para uma pessoa cometer suicídio, sendo elas: Tentativa prévia de suicídio e Doença mental. Cerca de 50% das pessoas que cometeram suicídio já haviam tentado outras vezes se suicidar, até consumir o fato. Esse mesmo autor ainda relata que pessoas que já tentaram tirar a própria vida anteriormente tem de 5 a 6 vezes chances de tentar o ato outra vez, podendo de fato conseguir tirar sua própria vida. Além disso, eles trazem que dentre as principais doenças mentais que levam ao suicídio destaca-se: com 35% transtorno do humor entre elas a depressão que é uma doença de difícil diagnóstico; 22% transtorno por uso de substâncias psicoativas; e 11% transtorno de personalidade.

Existem diversos sinais de alerta verbais ou comportamentais que uma pessoa pode demonstrar antes de cometer suicídio, como falar que quer morrer, sentir culpa, vergonha, um fardo para os outros, sensação de vazio, desesperança, aprisionamento, falta de razão para viver; tristeza extrema, ansiedade, agitação, raiva, dor insuportável emocional ou física, mudanças extremas de humor, comer ou dormir muito ou pouco, usar drogas ou álcool com mais frequência (Barros, 2018; OPAS/OMS Brasil, 2020). Todos esses sinais devem ser levados em consideração pela família, amigos, comunidade e profissionais de saúde. Além dos impactos emocionais que sofre a família de uma pessoa que comete suicídio, também há outros problemas, como por exemplo, os custos ao Sistema Único de Saúde, que ultrapassa os 35 milhões de reais por essas causas entre os anos de 1998 a 2007, e de 1998 a 2012 houve mais de 500 mil em gastos em um hospital público do município de Uberaba, principalmente por tentativa de suicídio por intoxicação (Costa et al., 2015).

A Ásia e Europa apresentam as taxas mais altas de suicídio estando acima da média global de 11,4/100.000 habitantes em 2012, enquanto o Mediterrâneo Oriental, incluindo o Oriente Médio apresenta taxas mais baixas e na América do Norte é 10ª principal causa de morte (OMS, 2014; Baldaçara et al., 2020). Na América Latina o país com maior percentual no número de suicídios entre 2000 e 2012 segundo a OMS (2014) foi a Guatemala (20,6%), seguida do México (16,6%), Chile (14,3%), Brasil (10,4%) e Equador (3,4%). A OMS (2014) traz que a taxa de suicídio no Brasil é de 5,8/100 mil habitantes, sendo 2,5 entre as mulheres e 9,4 entre os homens tendo a razão de 3,5 entre o suicídio de homens e mulheres. Já entre os jovens com idade de 15 a 29 anos o suicídio representa 3,7% do total de mortes (Waiselfisz, 2014). Em 2015, 10.000 pessoas se suicidaram, resultando em uma taxa de 5,5/100.000 habitantes (OMS, 2018). Contudo, em 2020, segundo Baldaçara, a taxa é de 5,23/100.000 habitantes apresentando uma diminuição. Entre os anos de 1980 a 2012, os casos de suicídio saltaram de 3.896 casos para 10.321, representando um aumento de 62,5% (Waiselfisz, 2014). Ademais, esse autor descreve que nos anos de 2002 a 2012 o crescimento da taxa foi de 33,6%, sendo maior que o crescimento das taxas de homicídio (2,1%), maiores que de mortalidade nos acidentes de transportes (24,5%) e do crescimento da população brasileira (11,1%) nesse mesmo período. No Brasil, a cada 45 minutos um brasileiro comete suicídio, tornando-se um desafio para as políticas de saúde e segurança pública (Faria, 2018).

Nessa conjuntura, destaca-se a importância de se caracterizar o fenômeno no município de Cáceres no decorrer de 24 anos, pois com os resultados deste estudo poderá auxiliar no aperfeiçoamento de políticas públicas com a finalidade de formular estratégias mais eficientes para a prevenção do suicídio no município de Cáceres. Esse conjunto de propósitos justificou a realização do presente estudo. Apesar disso, conforme OMS (2019), estudos envolvendo a problemática de que o suicídio é hoje um grave problema de saúde pública e seus índices vêm crescendo mundialmente, o presente estudo analisou a tendência temporal da taxa de mortalidade por suicídio entre as faixas etárias e o sexo no município de Cáceres, Mato Grosso entre os anos de 1996 a 2019.

2. Metodologia

Essa pesquisa foi realizada no estado de Mato Grosso, localizado na região Centro Oeste do Brasil. Esse estado é o terceiro maior do Brasil, com uma área de 903.207,019 km² e área urbana de 519,7 km², além de possuir 141 municípios, sendo Cuiabá a capital, além de fazer fronteira com o país Bolívia (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2020). A temperatura média gira em torno de 24°C, podendo ultrapassar os 40°C. O clima mais prevalente é o tropical super-úmido de monção com alta pluviosidade (2.000mm anuais); e o tropical, com chuvas de verão e inverno seco, apresentando período chuvoso, que vai de outubro a abril, e período seco de maio a setembro. O estado ainda apresenta três dos principais biomas do país: Amazônia, Pantanal e Cerrado (Governo do Estado de Mato Grosso, 2020).

Este é um estudo epidemiológico descritivo da mortalidade por suicídio no município de Cáceres, por sexo, faixa etária, métodos para cometer suicídio e meses do ano no período de 1996 (ano disponível que continha os dados necessários para as análises epidemiológicas) a 2019 (último ano com dados disponíveis), totalizando 24 anos. Os dados referentes ao suicídio foram coletados no banco de dados eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde. Utilizou-se os casos de óbitos disponibilizados no Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, cujo enquadramento adotado foi a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) publicada pela OMS (OPAS/OMS-Brasil, 2017). A população ideal foi formada por todos os dados suicidas, cujos atos, como *causa mortis*, estão registrados no DATASUS nos anos de 1996 a 2019. Entretanto os dados realmente obtidos são parte deste ideal, o DATASUS pode não ter capturado todos os casos, logo estão tratados como amostra.

A coleta de dados se deu entre fevereiro e maio de 2021, pelo site do DATASUS. Os dados de interesse delinear-se em número de casos totais de suicídio no Brasil entre o sexo e faixa etária nos anos de 1996 e 2019. Para a coleta e classificação dos dados foi utilizada a última versão da 10^a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). As categorias foram os códigos X60-X69 (Autointoxicação intencional) e X70-X84 (Lesões autoprovocadas voluntariamente).

Os dados foram lançados no Microsoft Excel, um aplicativo de criação de planilhas eletrônicas. Para o cálculo da mortalidade, os dados da população residente, empregadas como denominadores para o cálculo do coeficiente de mortalidade, foi gerada pelo aplicativo TABNET, desenvolvido pelo DATASUS, sendo que para as análises foram utilizados recursos do programa Tabwin versão 4.15. Para o cálculo da taxa de mortalidade, foi considerada como numerador casos de óbitos por suicídio e como denominadores, a população informada pela Fundação Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), que está disponibilizada no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), multiplicado por 100 mil. As comparações foram analisadas estatisticamente utilizando ANOVA com aplicação do teste F, teste de Tukey e teste de Student para um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Para esse estudo não foi recorrido a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que utilizamos dados exclusivamente de acesso público e de livre acesso no site do DATASUS. Dessa forma, está de acordo com os preceitos éticos, não gerando quaisquer danos e identificações de pessoas.

3. Resultados

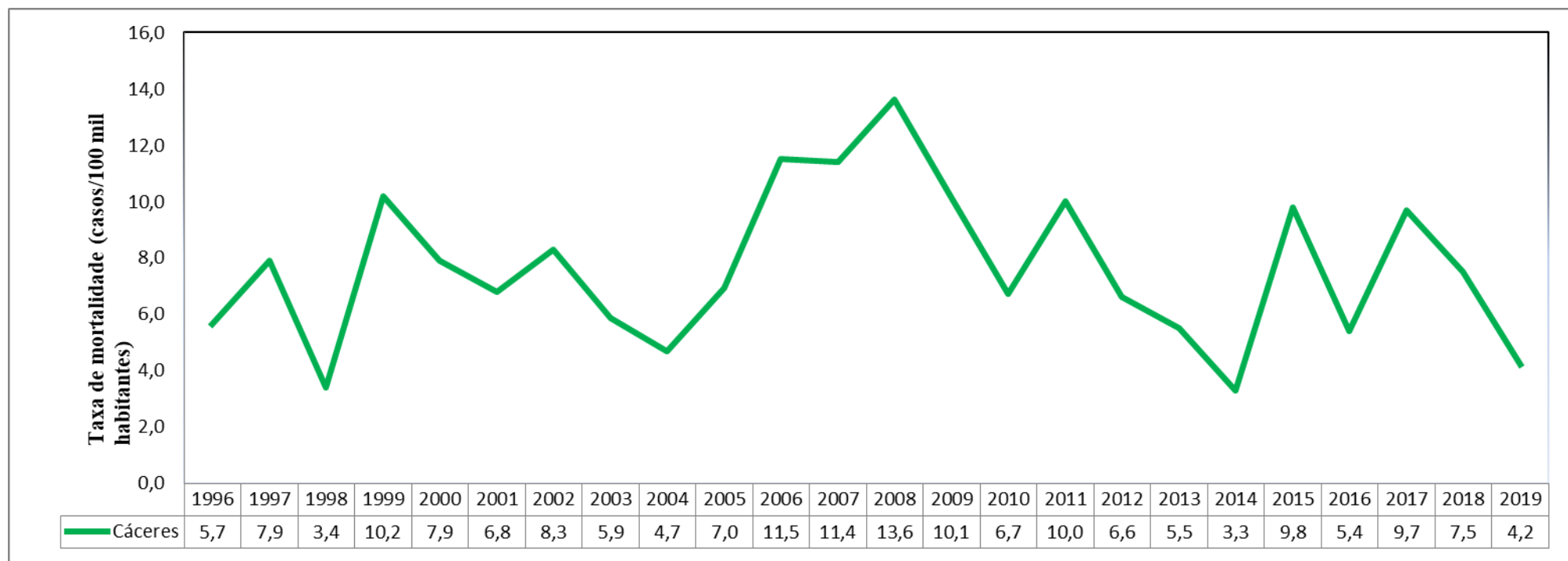
As taxas de mortalidade por suicídio no município de Cáceres estão apresentadas por ano, sexo e faixa etária.

3.1 Taxa de mortalidade por suicídio no Município de Cáceres entre 1996 e 2019

Durante os 24 anos analisados (1996-2019) mostraram que ocorreram 145 óbitos em Cáceres, uma média de 6 mortes anualmente. As taxas de mortalidade por suicídio apresentaram comportamento oscilatório e taxas semelhantes, ou seja, a taxa aumentava ou diminuía no decorrer dos anos, apresentando diferenciação significativa

($F=10,5 > F_{(0,05)} = 2,17$; $p < 0,05$). O ano que apresentou maior taxa de mortalidade (casos/100 mil habitantes), no total, foi em 2008 (13,6; DMS= 0,82). O ano de menor mortalidade, no total, foi em 2014 (3,3). A taxa média de mortalidade foi de (7,6) (Figura 1).

Figura 1- Taxa de mortalidade (casos/100 mil habitantes) do suicídio no município de Cáceres, Mato Grosso, Brasil, 1996-2019.



Fonte: DATASUS (2021).

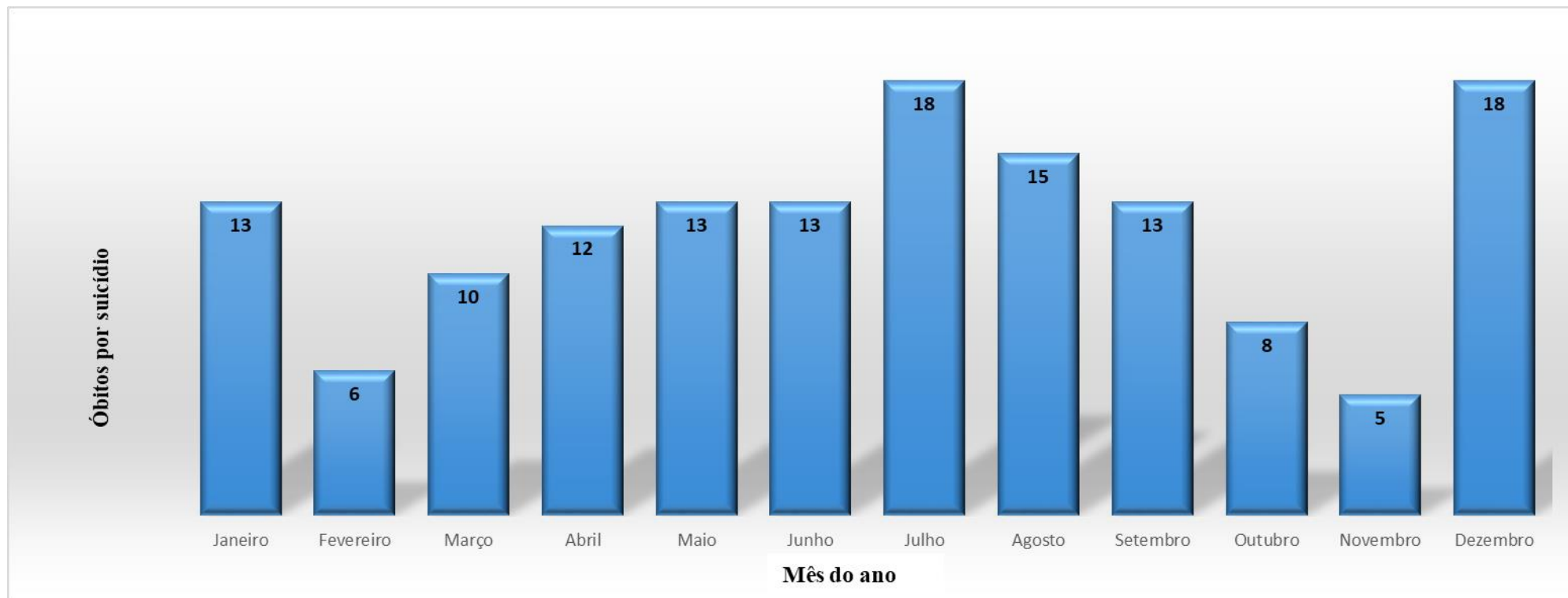
3.2 Óbitos por suicídio nos meses do ano

Nos 12 meses do ano no período analisado, os meses de Julho e dezembro apresentaram 18 óbitos cada um, já no mês de novembro cinco mortes. No mês de fevereiro até o mês de julho apresentou crescente número de óbitos, vindo a decrescer nos meses de agosto a novembro (Figura 2).

3.3 Óbitos por suicídio nos meses do ano

Nos 12 meses do ano no período analisado, os meses de Julho e dezembro apresentaram 18 óbitos cada um, já no mês de novembro cinco mortes. No mês de fevereiro até o mês de julho apresentou crescente número de óbitos, vindo a decrescer nos meses de agosto a novembro (Figura 2).

Figura 2- Óbitos por suicídio nos meses do ano no município de Cáceres, Mato Grosso, Brasil, 1996-2019.

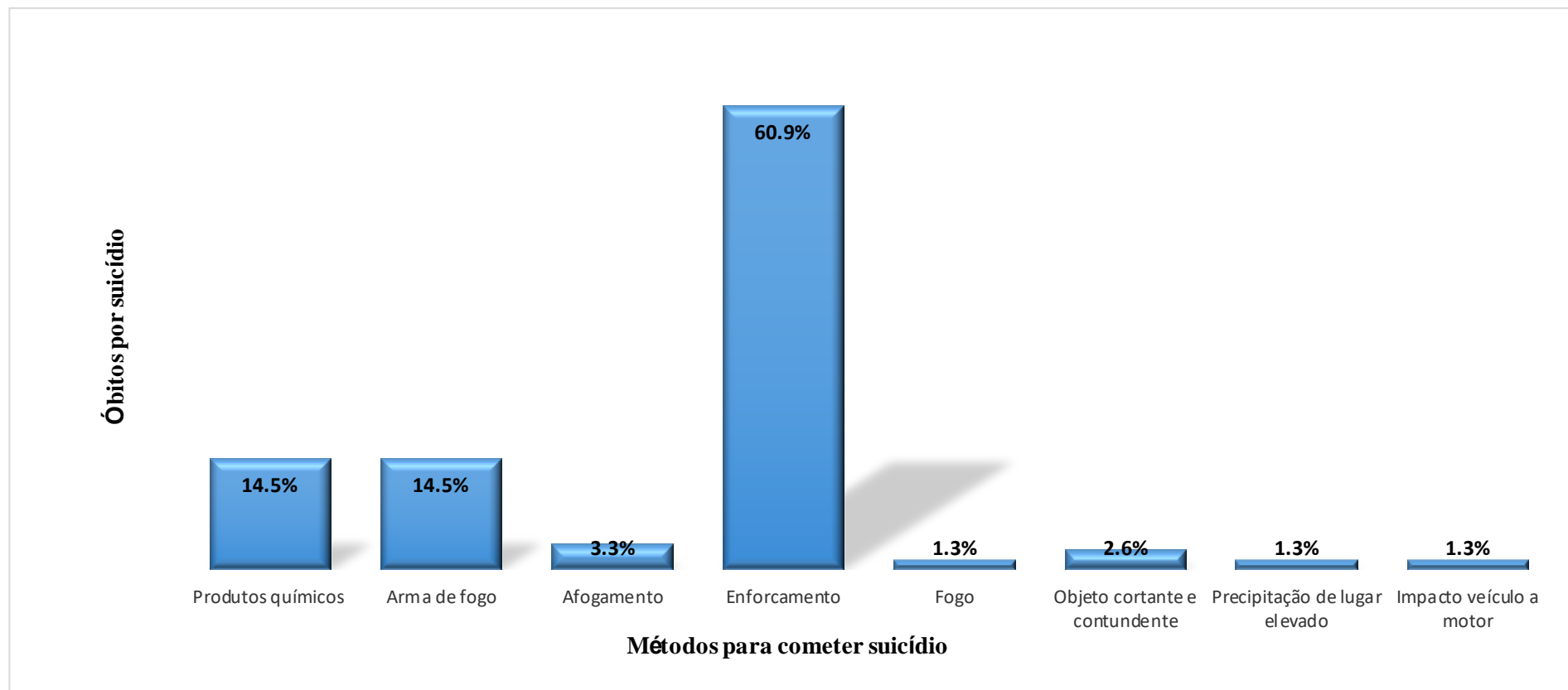


Fonte: DATASUS (2021).

3.4 Métodos utilizados para cometer suicídio

O método mais utilizado para cometer suicídio no período estudado (1996-2019) no município de Cáceres foi o enforcamento, correspondendo a 60,9%, em seguida foi a utilização de arma de fogo e produtos químicos, ambos com 14,5% (Figura 3).

Figura 3- Métodos utilizados para cometer suicídio no município de Cáceres, Mato Grosso, Brasil, 1996-2019.

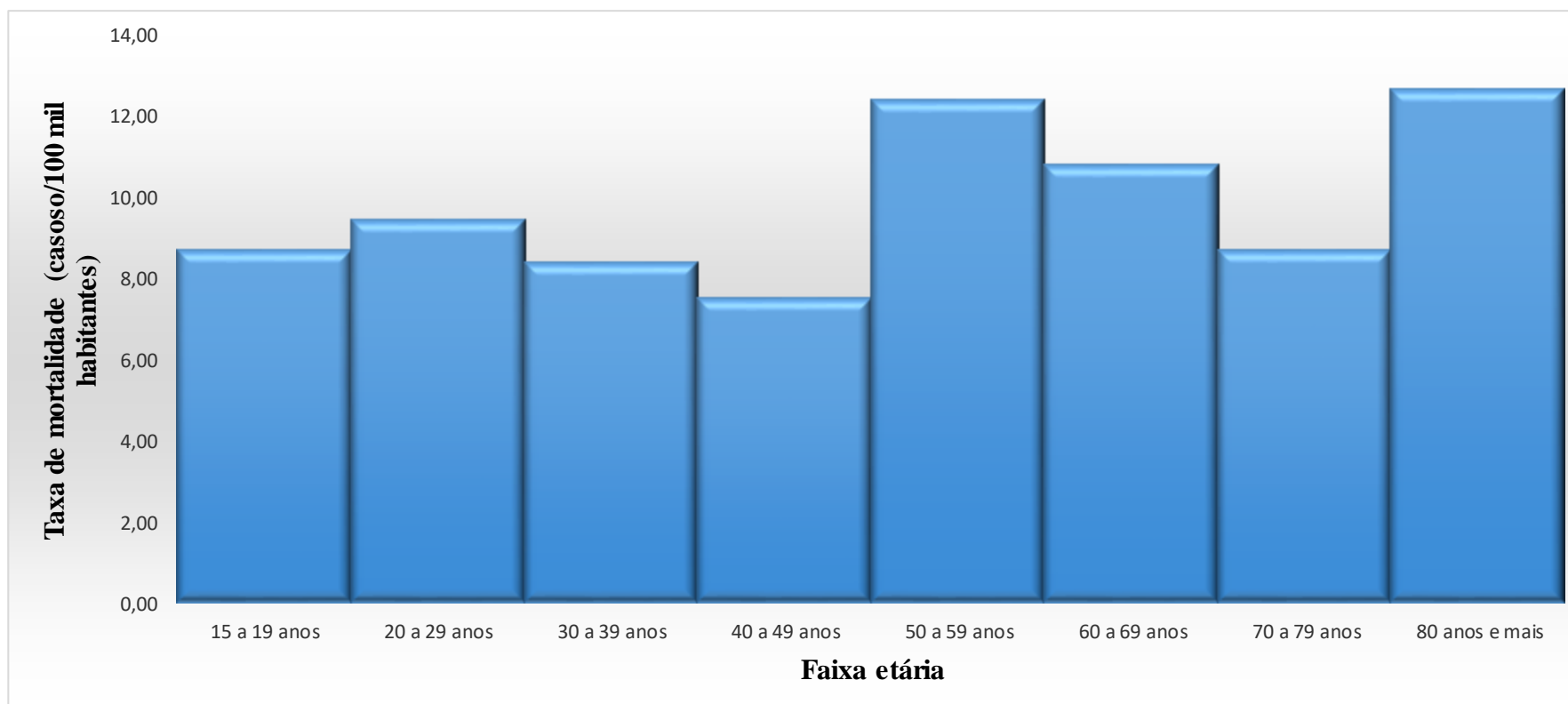


Fonte: DATASUS (2021).

3.5 Suicídio por faixa etária

As faixas etárias apresentaram diferença significantes ($F=9,2 > F_{(0,05)} = 2,12$; $p < 0,05$), sendo a maior taxa de mortalidade, no período estudado, entre os idosos (acima de 80 anos) com uma taxa 12,67/100 mil habitantes (DMS= 0,55). A faixa etária de menor taxa foi os adultos (40 a 49 anos) com 7,43/100 mil habitantes no decorrer dos 24 anos de análise.

Figura 4- Taxa de mortalidade de suicídio por faixa etária, Mato Grosso, Brasil, 1996-2019.

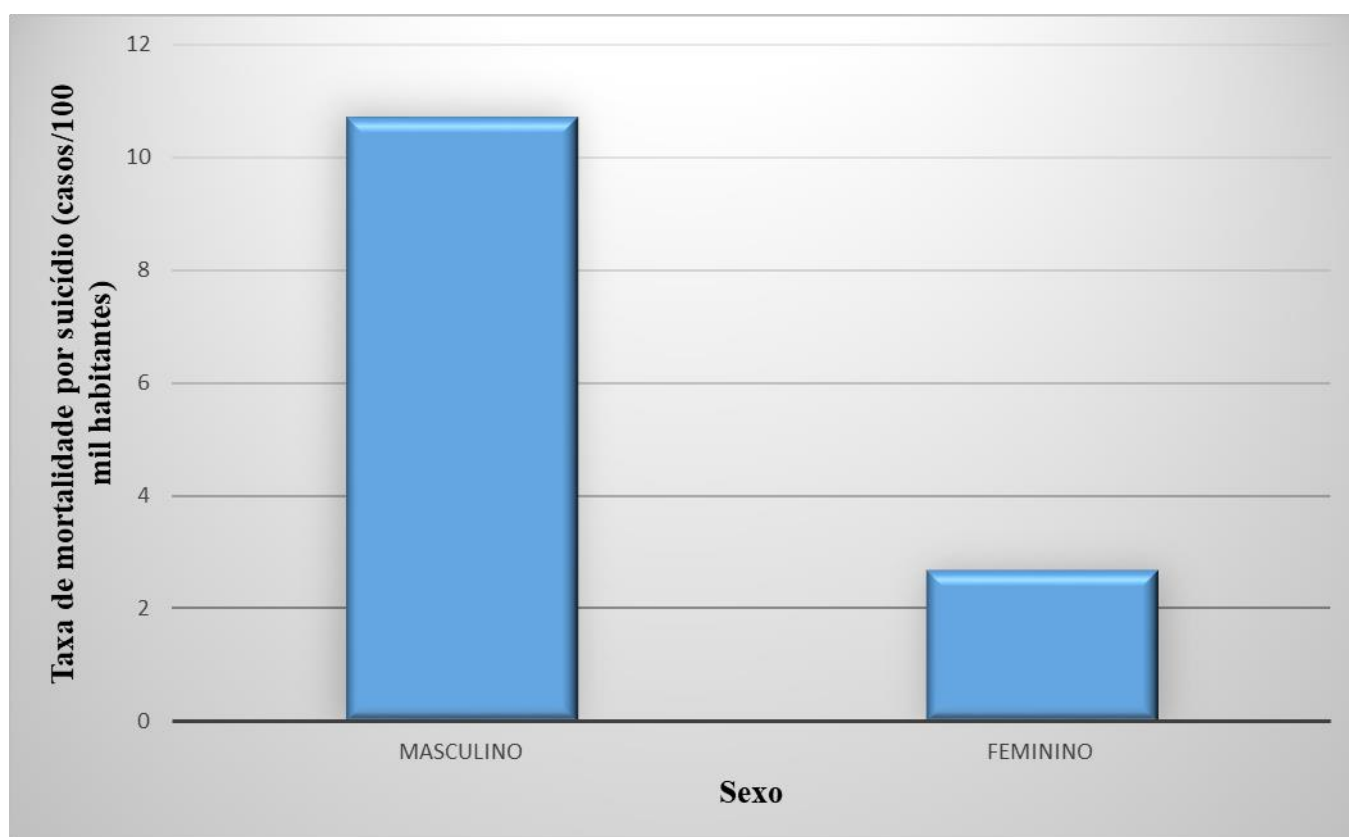


Fonte: DATASUS (2021).

3.6 Suicídio por sexo

Durante os 24 anos analisados, o sexo masculino apresentou maior taxa de mortalidade (10,7/100 mil habitantes; $T=10,3 > T_{(0,05)} = 3,43$; $p < 0,05$), sendo até 4 vezes maior que o sexo feminino (2,7/100 mil habitantes; Figura 5).

Figura 5- Taxa de mortalidade de suicídio por sexo, Mato Grosso, Brasil, 1996-2019.



Fonte: DATASUS (2021).

4. Discussão

Diante dos resultados obtidos, observou-se que o suicídio é um grave problema de saúde pública no município de Cáceres, atingindo uma média de seis suicídios anualmente, além de apresentar uma taxa de 13,6 casos/100 mil habitantes no ano de 2008. Ao passar dos anos os óbitos continuam a ocorrer de forma preocupante, sendo uma das 10 principais causas de mortalidade no mundo (Brasil, 2015). Diante desse agravo para a saúde pública, em 2015 foi iniciada a campanha de prevenção ao suicídio, conhecida como Setembro Amarelo, tornando-se uma importante ação para compreender essa problemática, uma vez que a análise temporal dos casos de suicídio é de extrema importância, pois possibilita uma compreensão desse problema que se prolonga no tempo, e com isso poderá aprimorar, modificar e acrescentar estratégias e ações eficientes para que possa mudar esse cenário e diminuir os impactos futuros decorrente de suicídios (De Oliveira et al. 2020).

Segundo Pereira et al. (2020) traz que os casos de suicídios em cidades do interior do Brasil vêm aumentando. Nesses municípios variam muito de região para região, na cidade de Araguaína, no Mato Grosso do Sul apresenta uma taxa média de 6/100 mil habitantes no período de 2008 a 2017 (Gomes et al., 2020). Já a cidade de Taipas do Tocantins no estado do Tocantins, é o município que apresentou a maior taxa de suicídio no Brasil (Baldaçara et al., 2020). Esses municípios

precisam de políticas públicas específicas, realizando uma prevenção eficaz, com ações de promoção da saúde especialmente para os classificados como grupos de risco, essas, através de técnicas que abarquem não só os aspectos patológicos, mas também ambientais. Para isso é necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimento robusto acerca dos fatores de risco para conseguir assistir os que dela precise, além de ofertar a prevenção incluindo a família e a comunidade nesse processo essencial de prevenção.

Essa pesquisa evidenciou que o método mais utilizado para cometer suicídio foi o enforcamento, não se diferenciando dos suicídios globais. Em números, podemos verificar, através do estudo realizado em Teresina/PI por Cunha (2007), que os meios mais utilizados para se cometer suicídio são: o enforcamento com 66%, seguido de Arma de fogo com 13,1% e envenenamento com 11,9%. Já Meneguel (2004) relata que na região sul do país o enforcamento é o método mais utilizado, com mais de 60% dos casos estudados. O método utilizado depende muito do local que o indivíduo se encontra e disponibilidade de alguns objetos, como o enforcamento, envenenamento, afogamento disparo com armas de fogo e envenenamento (Ferreira, 2008).

A faixa etária que mais comete suicídio, evidenciado por esse estudo, foram os idosos, que segundo a OMS (2016), a taxa de suicídio entre pessoas idosas é 5 vezes superior aos jovens até 44 anos, sendo que as pessoas acima de 65 anos obtêm a maior taxa. As pessoas acima de 65 anos e jovens de 15 a 24 anos apresentam maior crescimento do número de suicídios (Abreu et al., 2010). Acerca destes grupos pode-se dizer que associam-se como aspectos relevantes as relações familiares conturbadas: exemplificadas em fim de um relacionamento amoroso, traições, brigas com os pais e/ou familiares responsáveis; o abandono da família; abuso de substâncias seja álcool ou entorpecentes; problemas físicos; pobreza e desemprego, sendo que nestes casos a pessoa não vê mais solução para as situações vivenciadas (Abreu et al., 2010).

O sexo masculino apresentou maior taxa de mortalidade no município. Isso pode ter relação a dificuldade do sexo masculino buscar os serviços de saúde, devido à resistência em cuidar da saúde como forma preventiva, a falta de conhecimento, medo de descobrir doenças, fatores culturais que envolvem a construção da figura masculina, preconceito, machismo e sentimento de invulnerabilidade (Vieira et al., 2020). Segundo Abreu et al. (2010), os fatores de risco também incluem diferenciação por grupos de gênero: indivíduos do sexo masculino se suicidam até 4 vezes mais que do sexo feminino. Esses mesmos autores relatam a importância de salientar que o grupo composto pelo sexo masculino está associado a maiores níveis de força, independência e comportamentos de risco, sendo o isolamento social e solidão responsáveis pelo ato (Abreu et al., 2010). Já o grupo composto pelo sexo feminino possui mais redes sociais, são mais flexíveis em se relacionarem com tarefas domiciliares e atividades fora do âmbito doméstico (Abreu et al., 2010).

5. Conclusão

O presente estudo concluiu que o sexo e a faixa etária que mais comete suicídio são os do sexo masculino e os idosos. Além disso, o método mais utilizado para cometer suicídio foi o enforcamento, provavelmente pela facilidade de se obter objetos para esse fim, e o mês de maior ocorrência foi o mês de julho. Diante disso, o suicídio, assim como em outros países, é um grave problema de saúde pública no município de Cáceres, precisando de eficazes ações para prevenir esse agravo. Ademais, as intenções suicidas podem ser detectadas precocemente por pessoas próximas ou pela família. Dessa, forma com a detecção dos fatores de riscos e sinais de alertas pode haver oportunidade de se procurar ajuda de um profissional da saúde, para iniciar, se necessário, tratamento de depressão e dos transtornos, inclusive nos casos de haver relação com o uso abusivo de álcool. Os resultados desse estudo é de extrema importância para os gestores e profissionais da saúde, uma vez que esses

resultados da análise temporal corrobora para compreender melhor a dinâmica desse fenômeno e auxiliar a elaboração de ações para prevenir os casos de suicídio.

Referências

- Associação Brasileira de Psiquiatria (2014). Suicídio: Informando para prevenir. Conselho Federal de Medicina (CFM). Brasília. http://www.cvv.org.br/downloads/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf.
- Baldaçara, L., Rocha, G. A., da Silveira Leite, V., Porto, D. M., Grudtner, R. R., Díaz, A. P., ... & de Psiquiatria, A. C. (2020). Diretrizes da Associação Psiquiátrica Brasileira para a gestão do comportamento suicida. Parte 1. Fatores de risco, fatores de proteção e avaliação.
- Barros, M. V. M. (2018). Análise da mortalidade por suicídio no Brasil 1996 a 2015. Brasil, Ministério da Saúde (2015). Saúde Brasil 2014: Uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília. 2015.
- Costa, S. P. D., Chavaglia, S. R. R., Amaral, E. M. S., & Silveira, R. E. D. (2015). Interações e Gastos relacionados ao Suicídio em um hospital público de ensino. *Rev. enferm. atenção saúde*, 14-30.
- Abreu, K. P., da Silva Lima, M. A. D., Kohlrausch, E., & Soares, J. F. (2010). Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista eletrônica de enfermagem*, 12(1).
- Oliveira, M. E. C., de Lima Gomes, K. A., Nóbrega, W. F. S., Gusmão, E. C. R., dos Santos, R. D., & Franklin, R. G. (2020). Série temporal do suicídio no Brasil: o que mudou após o Setembro Amarelo?. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (48), e3191-e3191.
- Faria, G. N., Alves, L. M. N., Damasceno, M. R., de Jesus Barreto, A. C., & de Souza, L. G. (2018). A construção da nação—Imposição cultural e suicídio. *Anais do Seminário Científico do UNIFACIG*, (3).
- Ferreira, R. O suicídio. (2008). p.26. Trabalho de conclusão de curso (Licenciatura em Sociologia). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, 27 de Dezembro de 2008.
- Gomes, H., Kihara, P. M., Vieira, S. M., de Mendonça Santos, W. A., Machado, L. S., dos Santos, N. S., & de Jesus, A. G. (2020). PERFIL E TENDÊNCIA DOS CASOS DE SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA TOCANTINS. *DESAFIOS-Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*, 7(3), 124-133.
- Governo do estado de Mato Grosso, (2020). Geografia. <http://www.mt.gov.br/geografia#:~:text=Geografia%20D%20mt.gov.br&text=Mato%20Grosso%20tem%20903.357%2C908,do%20Amazonas%20e%20do%20Par%C3%A1.&text=O%20local%20exato%20foi%20calculado,obelisco%20da%20C%C3%A2mara%20dos%20Vereadores>
- Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (2020). Cidades e estados. Obtido em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?>. Acesso em: 25 de out. de 2021.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016). Síntese de cidades. Obtido em: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/5102504>. Acesso em 25 de ago. de 2017.
- Meneghel, S. N., Victora, C. G., Faria, N. M. X., Carvalho, L. A. D., & Falk, J. W. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, 38, 804-810.
- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (2016). Grave problema de saúde pública, suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos. 9 de setembro de 2016. http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5221:grave-problema-de-saude-publica-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo&Itemid=839
- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (2018). Suicídio. Obtido em: <https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio>. Acesso em: 23 de abr. de 2021.
- Organização Mundial da Saúde (2014). Primeiro relatório da OMS sobre prevenção de suicídio. Genebra. Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2018). Dados de suicídio. Organização Mundial da Saúde.
- Parente, A. D. C. M., Soares, R. D. B., Araújo, A. R. F., Cavalcante, I. S., & Monteiro, C. F. D. S. (2007). Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60, 377-381.
- Pereira, I. D. P. C., Araújo, J. S. F., Junior, M. M. F. R., & da Silva, J. A. C. (2020). Mortalidade por suicídio no estado do Pará: uma análise dos casos de 1996 a 2018. *Brazilian Journal of Development*, 6(8), 61657-61668.
- Vieira, U. A., de Oliveira Araujo, M., de Oliveira Araujo, B., & do Nascimento Paixão, G. P. (2020). Percepção dos enfermeiros sobre a (não) procura dos homens por Atenção Primária à Saúde. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, 10(1), 58-66.
- World Health Organization. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization