

Mortalidade por suicídio da população idosa de um município do interior mineiro

Mortality for suicide of the elderly population of a municipality of the interior mineiro

Thays Heloise de Moura Gomes^a

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3800-2904>

Luiza Elena Casaburi^c

Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-8722-1372>

Luan Augusto Alves Garcia^b

Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-0984-2688>

Álvaro da Silva Santos^d

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-8698-5650>

Resumo

Objetivo: Analisar a mortalidade por suicídio da população idosa em um município longevo do interior mineiro. **Material e Métodos:** Foram analisados os óbitos por suicídio ocorridos entre 1996 a 2014, obtidos no Sistema de Informação sobre Mortalidade. Analisaram-se as distribuições dos óbitos por coeficiente de mortalidade geral e específicos segundo as variáveis sexo, faixa etária, cor da pele e grupos de causa. **Resultados:** os suicídios perfizeram 44 óbitos no período analisado, com destaque para o sexo masculino, faixa etária de 60 a 69 anos e cor da pele preta. Os principais meios utilizados para o evento foram estrangulamento e sufocação, disparos de arma de fogo e outros meios não identificados (72,7%). **Conclusão:** maiores taxas de mortalidade foram registradas para sexo masculino, faixa etária de 60 a 69 anos, raça/cor da pele/etnia preta, sendo as principais causas enforcamento, estrangulamento e sufocação e disparos de arma de fogo.

Palavras-chave: mortalidade; suicídio; idoso.

Abstract

Objective: To analyze the suicide mortality of the elderly population in a municipality that lives in the interior of Minas Gerais. **Material and Methods:** Deaths from suicide occurred between 1996 and 2014, obtained from the Mortality Information System. Death distributions by general and specific mortality coefficients were analyzed according to gender, age group, skin color and cause groups. **Results:** suicides were 44 deaths in the analyzed period, with a predominance of male, 60 to 69 years of age and black skin color. The main means used for the event were strangulation and suffocation, gunshots and other unidentified means (72.7%). **Conclusion:** higher mortality rates were recorded for male sex, age range 60-69 years, race / skin color / black ethnicity, with the main causes being hanging, strangulation and suffocation, and firearm shots.

Keywords: mortalidad; suicide; aged.

^a Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: thaysheloise@hotmail.com

^b Doutorando do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde. Graduação em Enfermagem. Especialista em Enfermagem do Trabalho; Gestão dos Serviços em Ergonomia; Saúde do Adulto na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde; Gestão Pública em Saúde. Mestre em Atenção à Saúde. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: luangarciaatpc@yahoo.com.br

^c Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica. Enfermeira. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Graduação em Enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Uberaba (UNIUBE), Uberaba, MG, Brasil. E-mail: luiza.casaburi@hotmail.com

^d Pós-doutorado em Serviço Social. Doutor em Ciências Sociais. Mestre em Administração em Saúde. Especialista em Saúde Pública. Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brasil. E-mail: alvaroenf@hotmail.com

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem, notadamente, ganhando destaque em países em desenvolvimento como o Brasil, em decorrência do processo de transição demográfica e epidemiológica ocorrido nos últimos anos¹. Até meados dos anos 2000 a proporção de idosos brasileiros estava abaixo de 10,0%, situação essa semelhante aos países menos desenvolvidos. A partir de 2010 tal proporção começa a se modificar, estando muito próxima das projeções de países desenvolvidos².

O processo de envelhecimento pode ocasionar aos idosos a vivência de situações complexas, muitas das vezes desvitalizantes, com acometimento inclusive da saúde mental que pode ocasionar quadros depressivos, fato esse que pode estar associado a pensamentos suicidas ou concretização do ato em si^{3,4}.

O suicídio ou autoextermínio é resultado de um fenômeno complexo e multifatorial devido a diversos fatores, sendo considerado o ato de atentar-se contra a própria vida. Esse agravo inclui todas as formas de pensamento suicidas, ameaças, tentativas até a concretização do ato em si^{4,5}.

A intenção de atentar contra a própria vida relaciona-se diretamente a comportamentos de violência e agressividade, o que leva o suicídio a ser categorizado como “Causas externas de morbidade e mortalidade”, segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)⁶. Os fatores de risco para o suicídio geriátrico podem relacionar-se a questões biológicas de saúde, como doenças crônicas incapacitantes, recorrentes hospitalizações e processos cirúrgicos, assim como questões psicológicas e/ou psiquiátricas, como problemas familiares, violência intrafamiliar e o impacto de perdas que o processo de envelhecimento pode ocasionar^{3,7}.

É fato já consolidado na literatura um sub-registro dos óbitos por suicídio em

decorrência do forte estigma social que envolve esse tipo de morte^{8,9}. A falta de informação e esclarecimento sobre os riscos dos comportamentos autodestrutivos acarretam graves problemas, tendo em vista a falta de esclarecimento por parte dos familiares e profissionais de saúde em identificar sintomas e comportamentos de risco, o que poderia contribuir de forma preventiva¹⁰. Assim, emerge a necessidade de estudos epidemiológicos sobre a temática, de forma a melhor compreender o fenômeno e as questões que perpassam a tentativa e a mortalidade por suicídio.

A compreensão desse fenômeno torna-se fundamental para que ações sejam empreendidas no intuito de tentar minimizar esse agravo. Ao se considerar os óbitos por suicídio, os indicadores de saúde epidemiológicos, como análise da mortalidade por grupos de causas e características sociodemográficas dos indivíduos, permitem análises das condições de saúde capazes de prever o risco de adoecimento e situações de vulnerabilidade em saúde que podem possuir como desfecho a morte¹¹.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é analisar a mortalidade por suicídio da população idosa em um município longevo do interior mineiro.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, ecológico que analisou a mortalidade por suicídio da população idosa (60 anos ou mais) ocorridas no período de 1996 a 2014 no município de Uberaba/Minas Gerais.

Esse município possui estimativa populacional de 330.361 habitantes no ano de 2018, sendo polo da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul. Estimativas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) apontam que a proporção de idosos desse município para o ano de 2012 foi de 12,62% (2), proporção essa superior à encontrada para o Estado de Minas Gerais, foi de 11,77%, o que denota

a necessidade de estudos relacionados a essa população expressiva.

Foi empreendida análise epidemiológica do coeficiente de mortalidade (CM) dos óbitos por suicídio dos residentes do município em questão. As informações foram coletadas com base nas declarações de óbitos disponíveis no DATASUS através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

As informações foram apresentadas conforme sexo, faixa etária e cor de pele autodeclarada, categorizadas em conformidade com o grupo de causas de lesões autoprovocadas intencionalmente – X60 a X83, conforme a CID-10⁶ (X60 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não opiáceos; X61 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte; X62 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte; X63 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo; X64 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas; X65 - Autointoxicação voluntária por álcool; X66 - Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores; X67 - Autointoxicação intencional por outros gases e vapores; X68 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas; X69 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas; X70 - Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação; X71 - Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão; X72 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de

fogo de mão; X73 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre; X74 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada; X75 - Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos; X76 - Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas; X77 - Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes; X78 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante; X79 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente; X80 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado; X81 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento; X82 - Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor; X83 - Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados; X84 - Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados; Y87 - Sequelas de uma lesão autoprovocada intencionalmente, de agressão ou de um fato cuja intenção é indeterminada). Os grupos de causas que não apresentaram ocorrência no período analisado não foram incluídos na apresentação dos dados.

Foram utilizadas também os dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE disponibilizadas pelo DATASUS, sendo a população padrão considerada para o cálculo dos indicadores a população de idosos do ano de 2010, correspondendo a 37.365 habitantes².

A extração dos dados ocorreu em setembro de 2017, sendo realizada por pares de forma independente e depois conferida, sendo ajustadas as inconsistências. Os dados foram extraídos do sítio eletrônico do SIM/DATASUS em formato de tabela Excel®. Para as análises estatísticas, o banco de dados foi transposto para o

software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0.

As informações foram analisadas por CM utilizando a expressão: *Total de óbitos residentes em certa área, no ano considerado/População padrão residente na área*10.000*. Em seguida, as informações foram analisadas para o coeficiente de mortalidade específico: sexo (feminino e masculino), faixa etária (60 a 69 anos; 70 a 79 anos e 80 anos e mais) e cor da pele autodeclarada (brancos e não brancos – preta e parda). O CM geral e específicos foram confrontados em seu estado bruto ao longo do período.

Posteriormente, as taxas foram padronizadas segundo a população padrão deste estudo. Considerou-se o ano de 2010, sendo que os CM foram padronizados por idade a partir da população-padrão pelo método direto, para ajustar o efeito da estrutura etária e viabilizar a comparação livre de distorções¹². Os resultados foram apresentados conforme valores anuais, médias e intervalo de confiança de 95%

(IC95%) para CM (geral e específicos). Para facilitar a apresentação dos dados, foram apresentados os períodos anuais por triênios (1996 a 1998; 1999 a 2001; 2002 a 2004; 2005 a 2007; 2008 a 2010) e um quadriênio (2011 a 2014).

Por se tratar de dados secundários, de domínio público, que não permitem a identificação dos sujeitos, o presente estudo não foi submetido à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa, conforme prevê o artigo 1 da Resolução 510 de 2016 do Conselho Nacional em Saúde.

Resultados

Os óbitos por suicídio na população idosa totalizaram 44 óbitos para o período estudado. Sexo masculino (CM: 4,0; IC 95%: 2,1|-|5,8), faixa etária 60 a 69 anos (CM:2,1; IC 95%: 0,8|-|3,4), raça/cor da pele/etnia preta (CM:2,2; IC 95%: 0,0|-|4,4) apresentaram a maior média do CM das variáveis avaliadas, conforme apontado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos Coeficientes de Mortalidade (10.000 habitantes) por suicídio (CID-10: X60 – X83) conforme aspectos demográficos, 1996 a 2014, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Aspectos demográficos	Períodos (1996 – 2014)						Média	IC 95%
	1996-1998	1999-2001	2002-2004	2005-2007	2008-2010	2011-2014		
<i>CM Geral</i>	3,7	0,5	2,4	1,9	1,6	1,6	2,0	1,1; 2,8
<i>Sexo</i>								
Feminino	0,9	0,0	0,0	0,5	0,9	0,5	0,5	0,1; 0,8
Masculino	7,5	1,2	5,6	3,7	2,5	3,1	4,0	2,1; 5,8
<i>Faixa etária (anos)</i>								
60 - 69	4,9	1,0	3,0	2,0	1,5	0,5	2,1	0,8; 3,4
70 - 79	2,5	0,0	1,7	0,8	2,5	4,2	2,0	0,8; 3,2
≥ 80	1,9	0,0	1,9	3,8	0,0	0,0	1,3	0,1; 2,5
<i>Raça/Cor da pele/Etnia</i>								
Branca	1,9	0,8	3,4	1,9	1,9	1,5	1,9	1,2; 2,6
Preta	0,0	0,0	0,0	3,3	3,3	6,7	2,2	0,0; 4,4
Parda	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,2	-0,2;0,6

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação às categorias da CID-10, evidencia-se maior proporção dos óbitos por lesão autoprovoada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (47,7%), lesão autoprovoada intencionalmente por disparo de outra arma

de fogo e de arma de fogo não especificada (11,4%), lesão autoprovoada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão (6,8%) e lesão autoprovoada intencionalmente por meios não especificados (6,8%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos óbitos por suicídio por CID-10* (CID-10: X60 – X83), 1996 a 2014, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

CID-10*	1996-1998		1999-2001		2002-2004		2005-2007		2008-2010		2011-2014		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
X64	1	7,1	0	-	0	-	0	-	0	-	1	16,7	2	4,5
X69	0	-	0	-	0	-	1	14,3	2	33,3	0	-	3	6,8
X70	7	50,0	2	100,0	4	44,4	5	71,4	1	16,7	2	33,3	21	47,7
X71	0	-	0	-	0	-	0	-	1	16,7	0	-	1	2,3
X72	0	-	0	-	2	22,2	0	-	0	-	1	16,7	3	6,8
X74	3	21,4	0	-	2	22,2	0	-	0	-	0	-	5	11,4
X76	0	-	0	-	0	-	1	14,3	0	-	0	-	1	2,3
X78	0	-	0	-	0	-	0	-	1	16,7	0	-	1	2,3
X80	0	-	0	-	1	11,1	0	-	0	-	0	-	1	2,3
X82	0	-	0	-	0	-	0	-	1	16,7	0	-	1	2,3
X83	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	33,3	2	4,5
X84	3	21,4	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	3	6,8
Total	14	100,0	2	100,0	9	100,0	7	100,0	6	100,0	6	100,0	44	100,0

* Os grupos de causas que foram suprimidos não obtiveram nenhuma ocorrência de óbitos no período analisado.
n: número bruto de ocorrências; %: frequência percentual de ocorrências.

Fonte: Dados da pesquisa.

Discussão

O incremento dos óbitos por suicídio na população idosa é uma preocupação, haja vista que a idade é um fator que comumente está associado a maiores chances ao se tratar da população idosa⁹. Como um fenômeno complexo e multifatorial, se configura como processo humano universal. A sua ocorrência não deve ser reduzida a um mero acontecimento, devendo ser analisada considerando a trajetória de vida do indivíduo, suas subjetividades, além das questões associadas ao contexto histórico, cultural e econômico^{3-5,7}.

Nota-se um crescimento significativo nas taxas de suicídio na população brasileira e no Rio de Janeiro (5,7 e 3,1 para cada 100 mil habitantes, respectivamente) no ano de 2006, sendo tal situação devido ao aumento do número de suicídio da população masculina para todas as idades, com destaque para a população masculina idosa (60 anos ou mais)⁶.

No presente estudo evidencia-se uma maior proporção dos óbitos por suicídio da população masculina para todo o período estudado, o que vai de encontro a outros resultados de outras localidades^{6,13}. A ocorrência de óbitos por suicídio na população masculina geralmente é

associada a um comportamento de agressividade, competitividade, impulsividade e ao maior acesso às tecnologias letais pelos homens, o que aumenta a probabilidade de terem sucesso no ato¹⁴.

A maior proporção de óbitos por suicídio considerando a faixa etária foi para o grupo de 60 a 69 anos, resultado divergente encontrado por estudo que avaliou a incidência de suicídio em idosos brasileiros no ano 2000, onde a faixa etária de 70 a 79 anos apresentou maior taxa de mortalidade (7,4 óbitos/105 habitantes), sendo que a literatura aponta que idosos com 75 anos ou mais possuem taxas de suicídio mais elevadas^{9,15}.

Estudos nacionais^{14,16,17} e internacionais^{4,5} apontam que existem maior ocorrência de suicídio na população branca ou de origem caucasiana. O presente estudo encontrou resultado divergente, já que raça/cor da pele/etnia preta apresentou maior média (2,2 óbitos/10.000 habitantes) para o período estudado.

Dentre as principais formas de suicídio acometidas por idosos, destacam-se o enforcamento, estrangulamento e sufocação, além da utilização de arma de fogo^{6,18}, o que corroboram com os achados do presente estudo. Nesse sentido, a disponibilidade dos instrumentos e/ou

substâncias comumente empregados por quem comete suicídio pode ser considerada fundamental na redução desse agravo, emergindo como desafio para as políticas públicas a não disponibilidade a indivíduos com risco de ideais suicidas, além de políticas de desarmamento da população¹⁷.

Destaca-se a elevada proporção dos grupos de causa caracterizados como meios não especificados, o que denota possibilidade de uma subnotificação de registros desses óbitos, pois ainda se trata de um tabu na sociedade a ocorrência desse evento^{8,13,19}.

Por se tratar de um fenômeno complexo, multifatorial e ainda permeado por tabus, determinadas condições psicossociais conduzem o idoso a desmotivar-se em relação à própria vida e a perder o sentido existencial. A falta de perspectiva em relação a uma velhice satisfatória pode depreender-se da frouxidão dos laços afetivos, do enfraquecimento da vida social e dos sofrimentos advindos da desvalorização da pessoa, dos maus tratos e do isolamento e da solidão³. Ademais, também são fatores de risco para sua ocorrência a proximidade da morte, luto, abuso de álcool, perda de independência, depressão e presença de comorbidades e doenças crônicas não transmissíveis altamente incapacitantes^{17,20}.

A questão dos transtornos de humor como fator de risco para o suicídio de idosos, com destaque para a depressão, denota aspecto relevante com relação ao atendimento precarizado dos pontos da Rede de Atenção à Saúde, vinculados os serviços de saúde mental, em especial os serviços da Estratégia Saúde da Família, por

ser o ponto da rede que comumente os usuários procuram e ter maior proximidade aos idosos^{3,4,21-22}.

Como limitações do presente estudo pode-se citar a impossibilidade da análise dos resultados na esfera individual, tendo em vista o recorte metodológico deste estudo ser ecológico, ou seja, dados disponíveis de forma agregada e a qualidade dos registros das informações pelo SIM, já que a literatura já reconhece que o evento estudado é subnotificado^{8,23}.

Conclusão

A análise dos óbitos por suicídios em idosos no município em estudo mostrou que as maiores taxas de mortalidade foram registradas para o sexo masculino, faixa etária de 60 a 69 anos, raça/cor da pele/etnia preta, sendo as principais causas enforcamento, estrangulamento e sufocação, disparos de arma de fogo e outros meios não especificados.

Nesse sentido, o reconhecimento do perfil sociodemográfico, fatores associados e principais causas de óbitos por agressão podem nortear os gestores públicos na criação e reorientação das políticas públicas de combate a esse agravo. Aos profissionais dos serviços de saúde, a compreensão do fenômeno pode nortear a criação de estratégias locais que visem à sua prevenção, estimulando que os usuários idosos adotem práticas de promoção à saúde ofertadas nos serviços de maneira que se torne fator de proteção o vínculo estabelecido.

Referências

1. Garcia LAA. Reflections on the process of migration in the face of the aging. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Out 15];5(3):361. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/2408>.
2. Ministério da Saúde (BR). DATASUS, Informações de Saúde, Informações demográficas e socioeconômicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.

3. Sousa GS, Silva RM, Figueiredo AEB, Minayo MCS, Vieira LJES. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Out 15];18(49):389-402. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000200389&script=sci_abstract&tlng=pt.
4. World Health Organization. *Preventing Suicide: a Global Imperative*. Geneva: WHO; 2014.
5. Jack SPD, Petrosky E, Lyons BH, Blair JM, Ertl AM, Sheats KJ, et al. Surveillance for Violent Deaths - National Violent Death Reporting System, 27 States, 2015. *MMWR Surveill Summ* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Out 15];67(11):1-32. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30260938>.
6. Minayo MCS, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RMN. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 – 2006. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso 2018 Nov 11];46(2):300-309. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/en_3170.pdf.
8. Cavalcante ACS, Sérgio SMT, Franco FRA, Cunha VP, Cavalcante FV, Nascimento CEM. A clínica do idoso em situação de vulnerabilidade e risco de suicídio. *Trivium* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Nov 11];7(1):74-87. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/trivium/v7n1/v7n1a08.pdf>.
9. Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas VJ. Time-Trend Analysis of suicide and of health information systems in relation to suicide attempts. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Nov 11];27(2):e2110016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/en_0104-0707-tce-27-02-e2110016.pdf.
10. Teixeira SMO, Souza LEC, Viana LMM. O suicídio como questão de Saúde Pública [editorial]. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Nov 11];31(3):1-3. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8565>.
11. Figueiredo AEB. Crise suicida: avaliação e manejo [resenhas]. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(11):3633-4.
12. Garcia LAA, Camargo FC, Gomes THM, Rezende MP, Pereira GA, Iwamoto HH, et al. Production of knowledge of Nursing about potential life years lost: bibliometric study. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Out 15];5(1):34-46. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/1911>.
13. Laurenti R, Jorge MHPM, Lebrão ML, Gotlieb SLD. *Estatísticas de saúde*. 2 ed. São Paulo: EPU; 1987.
14. Carmo EA, Ribeiro BS, Nery AA, Casotti CA. Time trend in suicide mortality in the state of Bahia. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Out 15];23(1):e52516. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52516>.
15. Pinto LW, Assis SG. Descriptive study of suicide attempts in the Brazilian elderly population, 2000 – 2014. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Out 15];20(6):1681-92. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/en_1413-8123-csc-20-06-1681.pdf.
16. Miranda ACCA, Bós AJG. Incidência de suicídio entre idosos brasileiros. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2004 [acesso 2018 Nov 11];14(4):225-8. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1465>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Nov 11];48(30). Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil->

- epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf.
18. Pinto LW, Assis SG, Pires TO. Suicide mortality in people aged 60 and over in Brazilian municipalities between 1996 and 2007. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 [acesso 2018 Nov 11];17(8):1963-72. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/en_07.pdf.
 19. Pinto LW, Silva CMFP, Pires TO, Assis SG. Factors associated with suicide mortality among the elderly in Brazilian municipalities between 2005 and 2007. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 [acesso 2018 Nov 11];17(8):2003-09. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/en_11.pdf.
 20. Carmo EA, Santos PHS, Ribeiro BS, Soares CJ, Santana MLAD, et al. Sociodemographic characteristics and time series of mortality due to suicide among elderly individuals in Bahia
 21. State, Brazil, 1996-2013. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Nov 11];27(1): e20171971. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2018.v27n1/e20171971/en>.
 22. Fowler KA, Jack SPD, Lyons BH, Betz CJ, Petrosky E. Surveillance for violent deaths -national violent death reporting system, 18 states, 2014. *MMWR Surveill Summ* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Nov 12];67(2):1-36. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5829936/>.
 23. Santos EGO, Oliveira YOMC, Azevedo UM, Nunes ADS, Amador AE, Barbosa IR. Spatial temporal analysis of mortality by suicide among the elderly in Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Nov 12];20(6):854-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n6/1809-9823-rbgg-20-06-00845.pdf>.
 24. Conte M, Meneghel SN, Trindade AG, Ceccon RF, Hesler LZ, Cruz CW, et al. Suicide Prevention Program: case study in a municipality in the south of Brazil. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2012 [acesso 2018 Nov 12];17(8):2017-26. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/en_13.pdf.
 25. Müller AS, Pereira G, Zanon RB. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Psicol IMED* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Nov 12];9(2):6-23. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpi/v9n2/02.pdf>.

Como citar este artigo:

Gomes THM, Garcia LAA, Casaburi LE, Santos AS. Mortalidade por suicídio da população idosa de um município do interior mineiro. *Rev. Aten. Saúde*. 2020; 18(64): 01-08.