

Análise do fluxo de registro de suicídios entre o IML e o DataSUS

Costa, Antônio Luz; Pinto, Roque; Silva, Alcione Pereira da; Souza, Itamar de Jesus

Análise do fluxo de registro de suicídios entre o IML e o DataSUS

Dilemas - Revista de Estudos de Conflito e Controle Social, vol. 13, núm. 2, 2020

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=563862958010>

DOI: <https://doi.org/10.17648/dilemas.v13n2.22852>



Este trabalho está sob uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

Análise do fluxo de registro de suicídios entre o IML e o DataSUS

Analysis of the Suicide Registry Flow between the Forensic Institute (IML) and DataSUS

Antônio Luz Costa

Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

antonioluzcosta@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.17648/dilemas.v13n2.22852>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=563862958010>

 <http://orcid.org/0000-0002-5695-2153>

Roque Pinto

Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

roquepintosantos@gmail.com

 <http://orcid.org/0000-0001-5347-0901>

Alciane Pereira da Silva

Universidade Federal da Bahia, Brasil

alcieneps@gmail.com

 <http://orcid.org/0000-0001-8047-5994>

Itamar de Jesus Souza

União Metropolitana de Educação e Cultura, Brasil

tuca.musica@yahoo.com.br

 <http://orcid.org/0000-0002-3379-0518>

Recepção: 17 Janeiro 2019

Aprovação: 24 Setembro 2019

RESUMO:

O artigo analisa os registros de suicídio nas declarações de óbito (DOs) das cidades de Itabuna e adjacentes (Bahia) para o período 2010-2012 e compara-os com as informações correspondentes registradas no DataSUS. Analisaram-se os dados das DOs dessas cidades arquivadas no IML de Itabuna e o seu fluxo de registro, comparando-os com os dados finais do DataSUS. Como resultados de pesquisa o artigo apresenta: dados de frequência de suicídio para o período e região com base nas DOs; comparação entre as frequências obtidas na fonte primária e no DataSUS; descrição das etapas do fluxo do registro; problemas que contribuem para a subnotificação.

PALAVRAS-CHAVE: suicídio, análise de registros, saúde pública, risco, declaração de óbito.

ABSTRACT:

Analysis of the Suicide Registry Flow between the Forensic Institute (IML) and DataSUS analyzes the suicide records of death certificates (DC) of Itabuna and around (Bahia) between 2010 and 2012, comparing them with the corresponding information recorded in DataSUS . The data contained in the DC of the Forensic Institute Itabuna were analyzed with a follow-up of their registration flow, comparing them with the DataSUS final data. The research results show: suicide frequency data for the period and region based on DC; comparison between the frequencies obtained in the primary source and DataSUS; steps of the registration flow; problems that contribute to underreporting.

KEYWORDS: suicide, record analysis, public health, risk, death certificate.

O problema que será abordado neste artigo é o da qualidade dos registros oficiais de suicídio. Há várias dimensões do problema que podem ser destacadas para sua análise, entre elas: a qualidade dos dados apresentados para o registro, a dificuldade de definir uma morte como suicídio e as questões culturais

que influenciam a decisão daqueles que certificam o óbito. Considerando essas dimensões, nosso trabalho concentra-se na identificação da diferença entre o número de frequência de suicídio encontrado nas estatísticas oficiais do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) e o encontrado na fonte primária daquelas estatísticas, a Declaração de Óbito (DO). Para contribuir para a discussão desse problema, o objetivo é analisar os registros de suicídio das DOs no Instituto Médico Legal (IML) da cidade de Itabuna (Bahia) para o período 2010-2012 e compará-los com as informações registradas no banco de dados do DataSUS referentes a suicídios nessa cidade e em outras que pertencem à mesma coordenadoria regional de polícia.

Assim, este artigo não trata das causas do suicídio. Ele investiga a qualidade do gerenciamento do registro do ato, porque acreditamos que é nessa fase e nas condições desse gerenciamento que se desenrolam fatores importantes que produzem problemas como subnotificações. E a nossa contribuição é tentar descrever detalhadamente, com base nos documentos dos registros, os momentos principais dessa fase que inicia no registro do óbito no IML e finaliza no envio desses resultados à Secretaria de Saúde do Estado, a qual então envia as informações ao DataSUS. Para ter maior facilidade (de frequência e acesso) de acompanhamento, escolhemos o IML de Itabuna, pois fica próximo à região onde trabalhamos e sobre a qual sempre lemos e escutamos em seminários sobre a falta de estudos desse tipo.

Gostaríamos de observar também outro aspecto de nossa contribuição: as pesquisas sobre dados de suicídio no Brasil não são realizadas mediante comparação de dados de uma de suas fontes principais, o DataSUS, com dados analisados diretamente da DO (no local de seu registro). Esse foi o principal ponto de nossa contribuição. Produzimos essa comparação após uma longa análise de todos os registros para o período indicado, inclusive daqueles que poderiam ter sido registrados como suicídio (e para isso analisamos também todos os casos para os quais se emitiu um laudo cadavérico para registro de uma morte causada por fatores externos). Por isso também não tivemos condições de expandir a análise para outros anos.

Esse gerenciamento significa aqui a coordenação e organização dos trâmites dos registros. Uma morte chega ao IML para ser registrada na forma de um corpo. O IML analisa o corpo, mas antes dessa análise ele já conta normalmente com os relatos da polícia que intermediou o transporte do corpo e assim os primeiros registros sobre o ocorrido. Um ponto central desse problema é então a questão da verificação da intencionalidade, pois muitas diferenças entre o que ocorreu, o que a polícia interpretou, o que o legista concluiu e o que foi por fim registrado no sistema é resultado das dificuldades de se ter certeza de que a vítima desejou tirar sua própria vida. E por consequência é resultado também do espaço de possibilidades que assim se abre para se articular diferentes seleções de registro, como a opção por “acidente” ou “ignorado” em vez de “suicídio”.

Como o tema deste artigo é o suicídio, pressupõe-se que se deve definir conceitualmente o fenômeno, o que consideramos correto. Mas não gostaríamos aqui simplesmente de emitir uma definição entre as tantas existentes. Achamos mais conveniente inserir a questão da definição justamente na problemática do artigo. Escrevemos acima sobre a relevância da questão da intencionalidade no gerenciamento do registro. Não levantamos dados (por entrevista com legistas, por exemplo) que pudesse auxiliar o exame da intencionalidade. Colocamos a questão aqui para evidenciar sua relevância para o fluxo do registro e a dificuldade de considerá-la em uma definição do suicídio.

Como a verificação da intencionalidade é um trabalho complexo e sempre incompleto, as definições carregam a impossibilidade de sua verificação concreta em muitos casos. Observe-se que a questão da intencionalidade está presente em diversas tentativas de definição, seja pelo uso do termo “intenção” ou semelhante (como “deliberação”), ou por um outro indicador de consciência do ato. Vejamos alguns exemplos:

- Definição de Durkheim (2000 [1897], p. 14): “Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado”.

- Definição de Taylor (1996, p. 753): “um autocídio intencional”.

- Definição de suicídio de Stengel, em Suicide and Attempted Suicide (1973 *apud* TAYLOR, 1996, p. 753): “qualquer ato deliberado de dano cometido por uma pessoa contra si própria e no qual ela não pode estar certa de sobreviver”.

- Definição da Organização Mundial da Saúde (OMS): “Suicídio é o ato de matar deliberadamente a si próprio”[1].

- Definição de Meleiro (2016, p. 20): “O suicídio é o ato intencional de tirar a própria vida, iniciado e levado até o fim por uma pessoa com conhecimento e propósito de um resultado final”.

No entanto, a intencionalidade é uma característica muito discutida, entre outras, por não ser passível de observação e por não se explicar que tipo de intenção teria sido aplicada, conforme discutem De Leo *et al.* (2006, pp. 10-12). Os mesmos autores, após ampla reflexão sobre diferentes definições de suicídio e seus problemas, propõem a seguinte: “O suicídio é um ato com resultado fatal, que o falecido, sabendo ou esperando um resultado potencialmente fatal, tenha iniciado e realizado com o propósito de provocar as alterações desejadas” (DE LEO *et al.*, p. 12).

Mas quem então decidirá sobre a provável intenção da vítima? A vítima não pode mais, claro, atestar que qualquer afirmação de intencionalidade está correta. Essa intenção será registrada, classificada. Pois não é só a morte em si que é registrada, mas os motivos. E nos deparamos, então, com diversas dificuldades para o registro dos motivos, o qual se relaciona com a intenção do suicídio. Como exemplo, Evans e Farberow (2003, p. 233) indicam que nos EUA especialistas acreditam que 25% dos motoristas mortos em acidentes de carro os provocam de modo subintencional por falta de cuidado ou por assumir riscos excessivos. A mesma indicação está presente em Meleiro e Bahls (2004, p. 18). Nessa perspectiva, consideramos intenção e motivo um problema não só de registro, como de gerenciamento da comunicação que produz o registro. E a comparação de dados que este artigo apresentará abaixo tenta auxiliar a evidenciar esse problema.

Antes de entrar nessa questão, considere-se um ato ideal, sem a problematização do gerenciamento da comunicação, no sentido de qualquer definição que observe esse tipo de morte como autoprovocada intencionalmente com consciência de seu resultado. Dessa perspectiva do ato físico consciente, o suicídio é um ato complexo, que envolve fatores psicológicos, sociais, culturais, biológicos e ambientais, e causa de morte de quase um milhão de pessoas a cada ano (cf. WHO, 2013), além de gerar problemas psicológicos e sociais a pessoas próximas das vítimas ou àqueles que tentaram ou idealizaram o ato[2]. Ainda que ocupe lugar de destaque nas causas de morte entre 10 e 44 anos de idade em vários países[3], a maioria dos suicídios é cometida por idosos (cf. WHO, 2007, 2013; MINAYO e CAVALCANTE, 2010).

Contudo, voltando à questão na perspectiva do registro e gerenciamento da comunicação, antes do ato físico o suicídio é uma escolha que produz o problema póstumo de justificação, análise de causas e gerenciamento dessas duas necessidades. Pode haver vários níveis de consciência em relação à escolha do ato. Para além de qualquer motivo que se possa vincular a essa escolha, ela é uma seleção entre o viver e o não-viver. Em algum momento, accidentalmente ou não, ideações ganharam força e resultaram em um ato. Esse movimento tem várias consequências, as quais desencadeiam diferentes necessidades de justificação e gerenciamentos, em um esforço em lidar com as consequências em várias áreas de comunicação.

Um aspecto importante desse gerenciamento das consequências é a necessidade de comunicar o ato, seja para a família, para o governo, para os estudos sobre o suicídio, ou ainda, no plano espiritual-religioso, para um ente do além no qual se crê. Além disso, sempre tentamos comunicar esse ato para nós mesmos (no papel de parente, amigo ou como observador), para tentarmos uma explicação. Em todos esses casos há quase sempre uma busca pelos motivos ou causas que levaram a pessoa, indiretamente ou não, a tomar aquela decisão. Seja como for que essas diferentes argumentações ou produções de provas se desenvolvam, no final, quando a morte, detectada, é identificada, temos um fato registrado. A tentativa de gerenciamento das consequências do ato por parte da família pode influenciar a tentativa de gerenciamento por parte do médico, ou do policial, que contribuem para o registro final oficial da ocorrência, com as respectivas justificações.

No Brasil, no caso do suicídio e das mortes em geral, esse registro oficial consta desde 1976 (BRASIL, 2007, p. 7) na DO. Ela é preenchida pelo médico ou perito-legista. Esse documento é muito importante para se ter uma ideia mais detalhada das características das mortes por suicídio. É com base nele que se alimenta o principal banco de dados nacional sobre mortalidade no Brasil, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Os suicídios são registrados como atividades do Sistema Único de Saúde (SUS); os dados disponíveis sobre mortes por suicídio encontram-se no banco de dados do SIM, gerenciado e controlado pelo Departamento de Informática do SUS, o DataSUS, sob a classificação internacional de doenças (CID) CID-10, grande grupo X60-X84 (lesões autoprovocadas voluntariamente).

Ao se analisar bancos de dados como esse, pode-se obter informações muito relevantes para se tentar identificar perfis de suicídio e assim contribuir para sua prevenção. Estratégias de prevenção são determinantes para se evitar o aumento desse tipo de morte, pois podem identificar grupos vulneráveis em relação ao risco de suicídio (WHO, 2014, p. 9). No entanto, tais programas esbarram em vários entraves, como a dificuldade de se discutir o assunto em determinadas sociedades e de se reunir esforços de vários setores, ligados ou não à saúde, como política, meios de comunicação, religião e educação (cf. BERTOLETE, 2013; WHO, 2007, 2013; BOTEGA, 2007; BRASIL, 2006). Planos de prevenção devem se basear em dados responsávelmente constituídos, que fundamentem corretamente a preparação das análises futuras do problema.

Conforme informam diferentes autores[4], há vários problemas quantitativos nesses dados, como o número de informações faltantes, e problemas qualitativos, como falta de serviços de referências para o esclarecimento de mortes por causas externas, não especificação do suicídio no conjunto de outras mortes violentas como homicídios e acidentes ou, de modo mais geral, falta de esclarecimento mais específico sobre a causa da morte por parte dos legistas, o não envio regular de informações ao Ministério da Saúde por parte de algumas localidades, falhas no preenchimento e codificação das declarações de óbito e ocultação do evento “suicídio” por parte de familiares e autoridades. Ainda que fruto de uma pesquisa mais antiga, o estudo clássico de Douglas (1967) evidencia um efeito social importante para se levar em consideração nas análises sobre o tema: deve-se considerar também que o que as autoridades classificam como suicídio depende das ideias alimentadas sobre os suicídios no respectivo contexto cultural, o qual assim influenciaria as estatísticas oficiais.

Nesse estudo não temos o objetivo de investigar alguma aproximação com um suposto número “real” de suicídios cometidos em comparação com estatísticas oficiais, pois não levantamos todas condições e critérios de registro das mortes como suicídio ou não. Tentamos complementar respostas à subnotificação de casos, analisando todas as DOs, as Guias de Exame Médico e os documentos anexados de cada caso de morte por causa externa para o objeto de pesquisa. Nossa levantamento partiu do registro elaborado pelo legista no IML de Itabuna. A intenção foi analisar esta parte do fluxo, entre o registro no IML e a apresentação dos dados pelo Ministério da Saúde no DataSUS.

Consideramos, como hipótese inicial, com base nos problemas já identificados em outras pesquisas apontadas em parágrafo acima, que (a) haveria indeterminações de registro para casos de prováveis suicídios e que (b) mesmo nessa parte do fluxo, após a provável redução do número real de mortes por suicídio em virtude dos problemas apontados, haveria falhas na transmissão de dados no registro de suicídios e por isso os dados oficiais sobre o fenômeno que constam no site do Ministério da Saúde para a cidade conteriam frequências, nesse sentido, incompletas.

Como resultado da investigação desenvolvida com essas hipóteses de trabalho iniciais, no presente artigo serão encontrados os seguintes resultados de pesquisa:

- Dados de frequência de suicídio, com base na fonte primária (a DO), dos casos em 2010, 2011 e 2012, de Itabuna (Bahia) e região.

- Comparação entre as frequências obtidas com base no levantamento de dados das DOs (dos casos marcados e dos não marcados como suicídio) e as frequências informadas pelo DataSUS para o período e região pesquisados.
- Descrição das etapas do fluxo do registro.
- Detecção de problemas com o registro que contribuem para a subnotificação:
 - Falta de especificação de dados em geral.
 - Dúvidas sobre a classificação de casos como suicídio ou não, alternando entre “suicídio”, “acidente” e “ignorado” ou deixado em branco.

METODOLOGIA

Os critérios de escolha das cidades são: a) a sua proximidade com a região em que todos os autores do artigo trabalham e por isso também a maior facilidade para acesso direto dos documentos no IML de Itabuna; b) a ausência de pesquisas sobre suicídio nessa região.

Escolheu-se um período possível (três anos) de ser analisado pelos integrantes do grupo e que abrangesse os anos mais atuais disponíveis no DataSUS na época do início da pesquisa (em 2014 os três últimos anos disponíveis eram 2010, 2011 e 2012). Verificamos todos os casos que passaram por laudo cadavérico (que inclui suicídios, homicídios e acidentes) no IML no respectivo período.

Selecionamos para a comparação todas as cidades que pertencem à Coordenadoria Regional de Polícia do Interior (Coorpin) de Itabuna, o que chamamos aqui então de Coorpin Itabuna ou região de Itabuna, cujos dados de morte por causa externa constavam no DataSUS. São elas: Almadina, Arataca, Buerarema, Camacan, Coaraci, Floresta Azul, Ibicaraí, Itabuna, Itaju do Colônia, Itajuípe, Itapé, Jussari, Pau Brasil, Santa Cruz da Vitória, São José da Vitória. São João do Paraíso e Lomanto Júnior não constam no DataSUS e Mascote, Santa Luzia e Itapitanga são cidades que entraram para a Coorpin Itabuna somente a partir de novembro de 2012, por isso não as consideramos.

No quadro geral (Figura 2) há os dados para cada cidade e uma soma de todas as respectivas frequências levantadas dessas cidades, com exceção de Itabuna, apresentada em uma linha separada. Na figura seguinte (Figura 3), para termos uma visão mais geral, apresentamos um gráfico com a soma dos dados das cidades (em “Outras cidades”) em uma coluna e os dados de Itabuna em outra.

Para delimitação da variável “suicídio” no DataSUS[5] selecionamos os dados para CID-10, grupo x60-x84, lesões autoprovocadas intencionalmente, das respectivas cidades, considerando os dados para ocorrência. Com base nesses dados, apresentamos no quadro geral dos resultados (Figura 2) o que consta no DataSUS (abreviatura usada na Figura 2 = DS).

No IML de Itabuna levantamos todos as DOs de laudos cadavéricos para o período. Lemos cada DO e os documentos que as acompanhavam, principalmente a Guia para Exame Médico, solicitada pela delegacia que atende o caso. Para esse procedimento fizemos a seguinte preparação: tiramos uma cópia do formulário da DO em branco (pois não se pode levar um formulário original, já que é registrado e controlado) e com esta primeira cópia fizemos várias outras cópias do formulário para que pudéssemos usar as mesmas para as anotações dos dados. Anotamos somente informações que não permitissem qualquer identificação pessoal. Da DO anotamos os dados sobre a morte, como data, alguns dados demográficos (os quais também serão usados em outra pesquisa sobre os perfis de suicídio na região) e principalmente as descrições das causas da morte e a seleção feita pelo legista para identificar as “prováveis circunstâncias de morte não natural” (como consta na DO). Sobre esta última seleção, as opções para se marcar são: acidente, suicídio, homicídio, outros e ignorado. Com base nessas anotações, apresentamos no quadro geral dos resultados (Figura 2) o que consta como suicídio na DO (abreviatura usada na Figura 2 = DO).

Os dados que retiramos dos documentos que acompanham a DO no processo, emitidos pela delegacia e por laboratórios que produzem resultados de exames requeridos, foram usados para examinarmos os casos que não estavam marcados como “suicídio”, mas que, a partir de uma primeira leitura da DO e do laudo do legista, continham indicações que poderiam ser casos de suicídio. Muitas vezes as descrições desses casos apresentadas na guia de solicitação de exame médico legal indicavam (ou até mesmo nomeavam) o suicídio. Explicaremos cada um desses casos e como argumentamos que eles podem ter sido suicídio na seção sobre os dados levantados. Com base nessas anotações, apresentamos no quadro geral dos resultados (Figura 2) o que não consta como suicídio na declaração de óbito (abreviatura usada na Figura 2 = ?).

Para emitir qualquer tipo de afirmação estatística sobre a significância dos resultados e assim identificar tendências, dever-se-ia ter dados de vários outros anos. Por outro lado, como analisamos todos os casos (de DO de suicídio no IML) para o período indicado, os gráficos descritivos que seguem representam a população do objeto.

FLUXO DO REGISTRO

Para descrição do fluxo do registro do ato do suicídio, partimos da tentativa de suicídio, a qual pode ser bem-sucedida ou malsucedida. Se for malsucedida pode não haver nenhum tipo de registro por não ter sido informada a um órgão oficial, ou haver um registro pelo fato de a pessoa ter sido internada para tratamento das consequências da tentativa. Se durante este internamento ou atendimento ocorrer o óbito, haverá uma notificação policial.

Segue então o mesmo procedimento para o caso de um ato consumado sem passagem por estabelecimento hospitalar. Os suicídios ocorrem normalmente em domicílios ou em vias públicas. Se o ato for consumado e identificado, haverá uma notificação policial; seja qual for a polícia que o detectar ou que tomar conhecimento do caso, ele será registrado em uma delegacia. A delegacia solicita um exame médico legal a um médico atestante de um IML ou, na ausência deste na localidade ou região, a um médico atestante possível.

Após o exame de autópsia, o médico atestante emite a DO, que possui três vias. A primeira via, branca, é encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde, no Departamento de Vigilância Epidemiológica (Devep), que digita os dados e a arquiva. Esses dados são passados à Secretaria de Saúde do Estado e depois são registrados no DataSUS. A segunda via, amarela, é entregue ao representante da família do falecido que a utiliza para obter a Certidão de Óbito em um cartório de registro civil. Ela fica arquivada nesse cartório. A terceira via, rosa, fica no IML. Esta última foi a via a qual tivemos acesso.

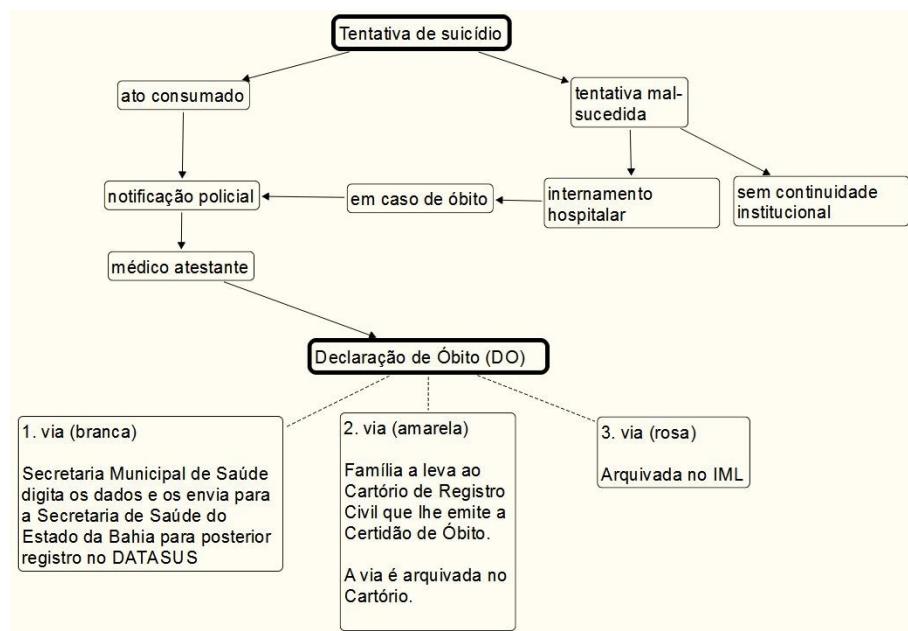


FIGURA 1
 Fluxo de registro de mortes por suicídio
 Elaboração própria[6].

É importante observar a verificação dos campos da DO pelo Devep (no esquema da Figura 1 ele é o departamento em Itabuna que digita os dados para a Secretaria Municipal de Saúde com base na via branca da DO). No caso, explicaremos o que ocorre em Itabuna, com base nas informações que obtivemos em visita ao próprio departamento. Quando a primeira via chega nesse setor, ela vai para um técnico (no local visitado é uma enfermeira e um técnico de enfermagem), que verifica se os campos estão corretos. Passa para um técnico codificador (no local visitado é uma técnica que fez curso sobre codificação da DO) codificar as causas. Depois ele passa o documento para o digitador. Se o digitador tiver dúvidas, passa para uma pessoa (no local é um técnico de enfermagem) que voltará ao IML para verificar as respectivas dúvidas, se necessário. A cada quinze dias o digitador envia à Diretoria Regional de Saúde (Dires), em Itabuna, um lote do que foi feito. Eles encaminham esses resultados para o Ministério da Saúde, que repassa os dados para o DataSUS.

DADOS LEVANTADOS E ANÁLISE

Seguem abaixo os dados levantados em forma de quadro e gráfico e logo após análises dos resultados.

No quadro geral (Figura 2) há os dados para cada cidade e uma soma de todas as respectivas frequências levantadas dessas cidades, com exceção de Itabuna, apresentada em uma linha separada. Na figura seguinte (Figura 3), para termos uma visão mais geral, apresentamos um gráfico com a soma dos dados das cidades (em “Outras cidades”) em uma coluna e os dados de Itabuna em outra.

Na Figura 2 estão todos os dados levantados em forma de um quadro geral das frequências de suicídio (por local de ocorrência) para Itabuna (na última linha, separadamente) e para cada uma das outras cidades da Coorpni Itabuna de 2010 a 2012, sempre comparando os dados que constam como suicídio na DO, os que não constam como suicídio na DO e os dados do DataSUS. O motivo para Itabuna estar separada das outras é que essa cidade apresenta população bem maior que as demais (vide notas 6 e 7) e possui características estruturais urbanas bem destacadas, diferentemente das outras que são pequenas localidades rurais com características semelhantes.

Na Figura 3 apresentamos o gráfico de frequência de suicídio (por ocorrência) para Itabuna e para o grupo de outras cidades (soma das outras cidades da Coorpin Itabuna) no mesmo período, separado por ano.

	2010	2010	2010	2011	2011	2011	2012	2012	2012
	DS	DO	?	DS	DO	?	DS	DO	?
Almadina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Arataca	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Buerarema	1	1	0	1	0	1	0	0	0
Camacan	2	2	1	1	1	0	0	0	0
Coaraci	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Floresta Azul	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ibicaraí	0	0	2	2	1	0	1	1	0
Itajú do Colônia	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Itajuípe	0	0	0	2	2	0	0	0	0
Itapé	1	0	1	1	1	0	0	0	0
Jussari	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Pau Brasil	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sta. Cruz da Vitória	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São José da Vitória	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Total =	10	8	5	8	6	1	2	2	0
Itabuna	13	9	3	11	9	0	8	6	4

FIGURA 2

Comparação geral das frequências de suicídio (por local de ocorrência) levantadas

Legenda: DS = dados que constam no DataSUS. DO = dados que constam na Declaração de Óbito. ? = dados que não constam como suicídio na Declaração de Óbito.
Elaboração própria.

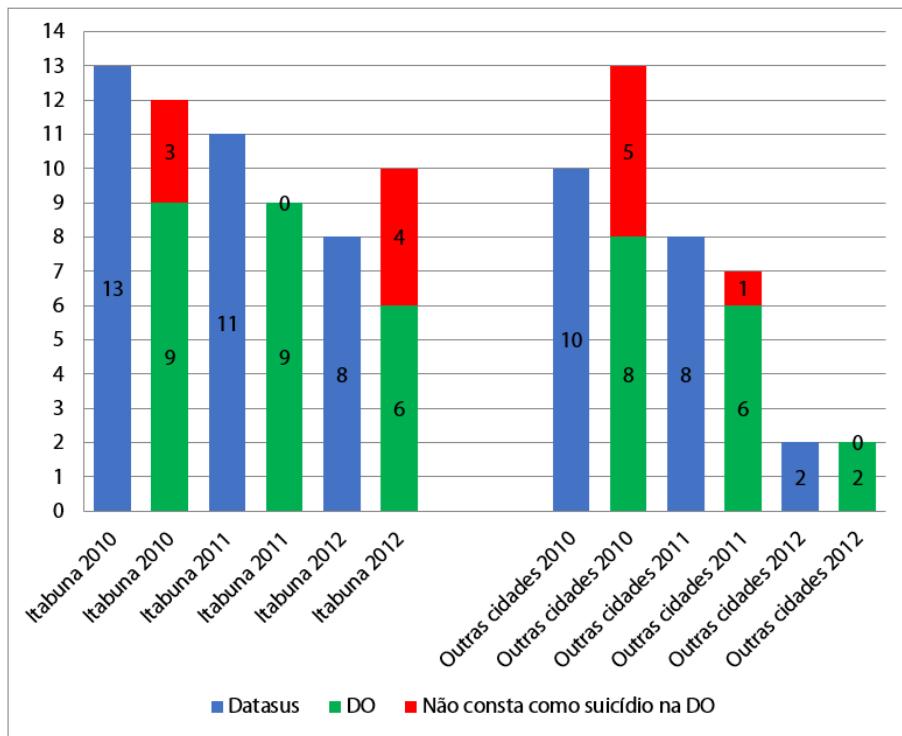


FIGURA 3

Gráfico de comparação de dados sobre índice de suicídio (por ocorrência). No eixo vertical estão indicadas as respectivas frequências e no eixo horizontal o local e o ano aos quais se referem as frequências
Elaboração própria.

Em nossa hipótese inicial (b) (que consta no final da primeira seção deste artigo) contávamos com uma incompletude do DataSUS no sentido de que haveria casos de suicídio que não constavam em seus dados. Isso ocorreu parcialmente. Por um lado, como apresentaremos em parágrafos seguintes, encontramos casos não marcados como suicídio nas DOs que, portanto, não constam no DataSUS. Por outro, se desconsiderarmos esses casos não marcados na DO, em todos os anos o número de casos que consta no DataSUS é maior ou igual (Outras cidades 2012) ao que consta na DO como marcado como suicídio.

O Devep digita o conteúdo da DO. Se há alguma dúvida, um funcionário volta ao IML para verificação. Tanto a responsável no IML por receber o funcionário do Departamento quanto ele mesmo, ambos funcionários desde antes do período de nossa análise, afirmam que nunca houve essa necessidade de esclarecimento, ou que pelo menos isso nunca ocorreu durante seu serviço. De modo que o ideal era o número dos casos marcados como suicídio na DO ser igual ao número que consta no DataSUS, ou ainda, contando com eventuais erros no fluxo até o DataSUS, poderíamos esperar um número menor de casos neste.

Como podemos ver nos gráficos, não é isso que ocorre. Para acompanhar o fluxo de registros, fomos ao Devep e levantamos todas as frequências para Itabuna para 2010, 2011 e 2012, e elas conferem com o que consta no DataSUS (tanto para residência quanto para ocorrência, ainda que usemos neste artigo somente os dados de ocorrência). Quer dizer que o problema parece não estar entre o Devep, Dires e DataSUS, e sim entre IML e Devep. Mas não conseguimos para essas diferenças uma resposta mais precisa que essa observação. Nossa opinião sobre possíveis motivos dessas diferenças, considerando inclusive a possibilidade de erro de levantamento no decorrer dessa investigação, a despeito de várias revisões empreendidas:

- Há casos que foram enviados ao Devep e posteriormente extraviados no IML.
- Há erro na digitação no Devep.
- Há processos (de laudos cadavéricos) de suicídio que não estavam no IML no período de nossas visitas.

Para o período analisado encontramos 13 casos não marcados como suicídio na DO, os quais, portanto, não aparecem no DataSUS (pois não é digitado o que não está marcado como suicídio, salvo em casos de verificações; no entanto, como já explicamos acima, elas não ocorreram para o período em relação a casos de suicídio). Havia vários outros que poderiam ser suicídio, pois em alguma parte do processo era mencionada essa possibilidade ou pelas circunstâncias do ocorrido. Porém, como empreendemos uma análise rigorosa ao filtrarmos os casos não marcados como suicídio, não encontramos indícios, a nosso ver, suficientemente consistentes que pudessem evidenciar essa possibilidade, e assim eles não foram considerados.

Segue abaixo uma breve descrição das características de cada um desses 13 casos não marcados como suicídio na DO, para que se entenda por que resolvemos considerá-los (nos gráficos eles constam separadamente, em vermelho):

1. 1. Na DO consta como causa da morte “enforcamento”. Na Guia consta que o corpo foi encontrado enforcado no interior da residência.
2. Na DO consta como causa da morte “enforcamento”. Na Guia e no Exame Cadavérico consta que a vítima fora encontrada “em uma porta”, provavelmente enforcada (em sua residência).
3. Na DO consta como causa da morte “enforcamento”. Na Guia consta que o corpo foi encontrado enforcado em uma mangueira (árvore) de aproximadamente três metros, próximo a um rio.
4. Na DO consta como causa indeterminada (suspeita de envenenamento). No exame pericial solicitado foi detectado no sangue e no conteúdo gástrico a presença da substância aldicarb, usada ilegalmente para produção do raticida conhecido como chumbinho. O local do óbito é o domicílio da vítima.
5. Na guia consta que a arma foi encontrada aos pés do cadáver com um cartucho deflagrado e o disparo foi entre o queixo e o pescoço. Na DO consta que a vítima fora encontrada em sua própria residência.
6. Na DO consta “depressão” e “enforcamento” como causa da morte local de ocorrência do óbito “domicílio”.
7. Na DO consta como causa enforcamento. Na Guia consta como suicídio (natureza do fato); vítima de enforcamento no quintal de sua residência com um fio vermelho no pescoço.
8. Na DO consta como causa da morte “envenenamento”. Há um relatório de um médico escrito à mão no qual consta que os familiares informaram que ele ingeriu chumbinho. Exame toxicológico positivo para aldicarb.
9. Na DO consta como causa da morte “Edema agudo de pulmão, intoxicação exógena, a esclarecer”. A Guia atesta que foi envenenamento por chumbinho.
10. Na DO consta como causa da morte “indeterminada”. No Laudo de Necropsia aponta que há suspeita de suicídio por intoxicação exógena de chumbinho. A Guia afirma que é suicídio. Conforme a DO, o local de ocorrência do óbito é o domicílio.
11. Na DO como causa da morte consta “enforcamento”. Na Guia consta como provável vítima de suicídio. Local de ocorrência do óbito: domicílio.
12. Na DO consta como causa da morte “enforcamento”. Na guia consta que a vítima foi encontrada enforcada em sua residência.
13. Na DO consta como causa da morte “enforcamento”. Na Guia consta que o periciando fora encontrado no interior da residência pendurado por uma corda em uma das peças do telhado.

Um problema constante nas DOs é a falta de especificação mais detalhada das causas da morte nos casos de suicídio ou daqueles casos que parecem ser suicídios, o que se relaciona mais diretamente com nossa hipótese inicial (a). Nos casos não marcados temos dois tipos de subnotificação:

· Falta de especificação mais detalhada das causas da morte (o que ocorre também em vários casos marcados como suicídio).

· Campo “prováveis circunstâncias de morte não natural” a) marcado como “ignorado” (11 casos), ou b) marcado exatamente entre “acidente” e “suicídio” (1 caso) (não é um problema de carbono, pois o formulário da DO não vem com carbono, as cópias apresentam a disposição igual à da via original), ou c) deixado em branco (1 caso).

Observe-se que verificamos pelo menos mais dois casos de marcação entre “acidente” e “suicídio” em casos suspeitos de suicídio, os quais por não termos informações mais consistentes no processo deixamos de fora de nossos quadro e gráfico.

Antes de iniciarmos a interpretação dos dados do gráfico da Figura 3, convém explicar o seguinte: conforme informação que colhemos no Devep (onde as DOs são digitadas e enviadas ao Ministério da Saúde/DataSUS) e no IML de Itabuna, o Departamento só digita o que consta como suicídio na DO. Ainda que os casos de dúvida sejam verificados pelo Departamento junto ao IML, tanto o responsável por essa verificação no primeiro como a responsável no segundo em falar com esse verificador no IML afirmam que para o período apresentado não houve nenhum caso de retorno para verificação e posterior confirmação como sendo suicídio. Então podemos afirmar que o valor que se acresce ao número de suicídio que consta no DataSUS para cada ano é o número de casos que não constam como suicídio na DO. Pois esses casos, como podemos deduzir da explicação acima, não estão contabilizados no DataSUS.

Assim temos para Itabuna em 2010 um aumento de 23,07% (aumento de três casos não marcados como suicídio sobre os 13 que constam no DataSUS). Esse aumento transformaria a taxa de 6,37 suicídios por 100.000 habitantes de Itabuna em 2010 para 7,84[7]. Em 2011 não haveria alteração e a taxa permanece 5,39 por 100.000 habitantes. Em 2012 o aumento é de 50% (aumento de quatro casos não marcados como suicídio sobre os oito que constam no DataSUS), o que elevaria a taxa de 3,92 para 5,88 suicídios por 100.000 habitantes.

Analisemos o mesmo gráfico para o grupo de outras cidades. Em 2010 temos um aumento de 50% (cinco casos sobre os dez do DataSUS), o que elevaria a taxa de 5,23 para 7,85 suicídios por 100.000 habitantes[8]. Essa é a grande diferença para esse grupo, destacando-se a cidade de Ibicaraí (cf. quadro da Figura 2), para a qual não há registro de suicídio para 2010 no DataSUS, diferentemente dos resultados de nossa pesquisa, na qual achamos dois casos não marcados para o período. Nos outros anos não houve alteração significativa: em 2011 o aumento é de 12,5%, elevando a taxa de 4,18 para 4,71 e em 2012 a taxa permanece 1,04.

Para fins de comparação com outras cidades brasileiras, teríamos de considerar que nelas também há casos de subnotificação como desses tipos encontrados por nós. Assim, se aplicássemos o mesmo tipo de recálculo para elas, também teríamos provavelmente um aumento da taxa oficial naquelas cidades.

Uma expectativa que se poderia ter sobre os casos não marcados como suicídio era de que eles fossem de vítimas de envenenamento. Minayo (2005, p. 12) explica que há formas diferenciadas de se registrar os laudos nos IML. No caso dos envenenamentos se precisa de exames toxicológicos, o que significa mais tempo para se obter resultados e assim DOs com “causas indeterminadas”, sem que, na maioria das vezes, se faça a correção posteriormente. Em nosso levantamento, dos 13 casos não marcados como suicídio, oito eram de mortes por enforcamento, dois por envenenamento, dois registrados como causa indeterminada (mas que o processo indica alguma forma de “envenenamento”) e um por arma de fogo. De modo que o argumento de Minayo pode coincidir com quatro dos 13 casos. Os oito, a maioria, não encontram nele uma possível explicação por não haver marcação como suicídio.

Sobre a possibilidade de os casos faltantes estarem influenciando os dados: no final de julho de 2011 o sistema de registro dos dados foi alterado para o Sistema Integrado de Administração de Perícias (Siap). Ao contrário do anterior, na numeração do catálogo desse sistema não há uma diferenciação entre laudos cadavéricos e outros laudos, por exemplo, de corpo delito. De modo que ao identificarmos um espaço de números de processos faltantes não tínhamos como fazer uma relação com o catálogo Siap porque aquele

espaço envolve vários outros tipos de casos, os quais estariam em arquivos diferentes, o que impossibilitava a conferência. Para o período até julho de 2011, quando era possível conferir os números faltantes — pois eles se referiam somente aos laudos cadavéricos e esses processos estavam e estão arquivados em uma mesma seção, nas mesmas caixas —, foi possível encontrar aproximadamente 15 casos que não estavam nas caixas, e, desses, seis não conseguimos localizar, estavam extraviados. Os outros eram casos de homicídio ou acidentes. Isso indica que esses casos faltantes provavelmente não se relacionam com o resultado da pesquisa, ainda que não tenhamos como calcular esta probabilidade.

Observe-se que nossa análise foi muito específica, apenas com base nos casos que entraram no IML. Não estamos falando aqui de casos que nem chegam ao local[9]. E outros podem ter chegado e sido registrados como outro tipo de morte, mas em todo o caso, registrados, sem que houvesse documentos que indicassem mais claramente possíveis suicídios. O que nos leva novamente ao problema da subnotificação dos suicídios no que diz respeito à interpretação dos casos. Sobre os casos que não chegam ao IML ou não estão em seus registros: não encontramos, por exemplo, nenhum caso de médico ou policial que cometera suicídio (podemos verificar isso, pois na DO há a o espaço para indicação da profissão), nem de índio (na DO há espaço para indicar “raça/cor” e nela há alternativa “indígena”). Esses grupos estão entre aqueles que mais cometem suicídio no Brasil[10].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema do gerenciamento da comunicação inicia-se já no modo como o suicídio é detectado. Como e por quem ele é informado à polícia? Evidenciamos que a comunicação das mortes naqueles grupos (médicos, policiais e índios), por exemplo, tem tratamento diferente de outros. Em geral, para todos os grupos, pode haver motivos para a polícia não escrever evidências de suicídio quando registra suas observações sobre a morte na Guia para Exame Médico. Por exemplo, por questão de status social da vítima, pelo fato de o policial fazer parte do mesmo grupo de amigos ou religioso da vítima ou dos parentes da vítima, por erro, por dúvida ou por medo. Não encontramos pesquisas sobre esse problema nessa fase do fluxo de registro no Brasil. Mas, conforme nossas análises, o problema maior parece estar na confirmação final (opção “suicídio” na DO) de que ocorreu um suicídio. Muitas vezes na Guia para Exame Médico já constam as evidências e em alguns casos até mesmo na própria DO constam fortes indícios, como a indicação da causa da morte “enforcamento”, não acompanhada, contudo, da marcação da opção “suicídio”. E, se essa opção não é marcada, não constará nas estatísticas “suicídio”. No mais, sobre os problemas de gerenciamento da comunicação, explicamos detalhadamente acima o que ocorre entre o IML e o Departamento de Vigilância Sanitária, local em que os dados da DO são computados e enviados ao DataSUS.

As análises aqui apresentadas tentam contribuir para a discussão colocada no início deste artigo, na qual se evidencia o problema do gerenciamento da comunicação do ato do suicídio e sua importância para a prevenção. Os problemas que envolvem a manutenção das informações no fluxo de registros, desde a entrada no IML à publicação do DataSUS, são também problemas comunicacionais, como os de transmissão oral de informações ou por registros escritos em papéis ou digitados em programas. Eles podem ocorrer intencionalmente por questões de valores morais, por interesses econômicos (como os casos de condições para recebimento de seguro), por incompreensão da importância do registro correto etc., ou ainda por erro não intencional. As diferenças de dados entre os que constam no início e os apresentados no fim do fluxo apontam para um tipo de consequência dos problemas de gerenciamento de comunicação. Cabem investigações sobre possíveis conflitos de interesse que envolvam essas questões.

Com isso, espera-se que o presente artigo auxilie políticas públicas futuras em sua análise de problemas relacionados a subnotificações, considerando o que se quer evidenciar aqui, a saber, mais esforços para um melhor desenvolvimento do controle e aperfeiçoamento do fluxo de informações sobre o suicídio.

REFERÊNCIAS

- BERTOLOTE, José Manoel. *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Unesp, 2013.
- BORGES, Vivian Roxo; WERLANG, Blanca Susana Guevara. "Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos". *Estudos de Psicologia*, Natal, vol. 11, n. 3, pp. 345-351, 2006.
- BOTEGA, Neury José. "Suicídio: Saindo da sombra em direção a um plano nacional de prevenção". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 29, n. 1, pp. 7-8, 2007.
- BRASIL. *Prevenção do suicídio*. Manual de prevenção ao suicídio dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *A declaração de óbito*: Documento necessário e importante. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- DOUGLAS, Jack. *The Social Meaning of Suicide*. Princeton: Princeton University Press, 1967.
- DURKHEIM, Émile. *O suicídio: Estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2000 [1897].
- EVANS, Glen; FARBEROW, Norman L. "Traffic Accidents" (verbete). In: EVANS, Glen; FARBEROW, Norman L. (orgs). *The Encyclopedia of Suicide*. 2. ed. Nova York: Facts on File, Inc., 2003, p. 233.
- DE LEO, Diego et al. "Definitions of Suicidal Behavior: Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study". *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, vol. 27, n. 1, pp. 4-15, 2006.
- MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. "Comportamento suicida: os números revelam o mundo e o Brasil". *Revista Brasileira de Medicina*, vol. 73, n. especial H4, pp. 20-28, 2016.
- MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva; BAHLS, Saint-Clair. "O comportamento suicida". In: MELEIRO, Alexandrina; TENG, Chei Tung; WANG, Yuan Pang (orgs). *Suicídio: Estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma, 2004, pp. 13-36.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. "A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública". *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 14, n. 2, pp. 421-428, 1998.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. "Suicídio: Violência auto-infligida". In: BRASIL. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em saúde, Departamento de análise de situação e saúde, 2005, pp. 205-233.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. "Suicídio entre pessoas idosas: Revisão da literatura". *Revista de Saúde Pública*, vol. 44, n. 4, pp. 750-757, 2010.
- MIRANDA, Dayse (org). *Diagnóstico e prevenção do comportamento suicida na polícia militar do estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2016.
- OLIVEIRA, Cleane S. de; LOTUFO NETO, Francisco. "Suicídio entre povos indígenas: Um panorama estatístico brasileiro". *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, vol. 30, n. 1, pp. 4-10, 2003.
- OUTHWAITE, William; BOTMORE, Tom. *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996 [1993].
- PATUTTI, Cícera Andrea Oliveira Brito. *Transtorno de pânico e ideação suicida: Características de personalidade por meio do Teste de Pfister*. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- PLATT, Stephen; HAWTON, Keith. "Suicidal Behavior and the Labor Market". In: HAWTON, Keith; HEERINGEN, Kees van (orgs). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: John Wiley & Sons, 2000, pp. 303-378.
- SANTA, Nathália Della; CANTILINO, Amaury. "Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: Revisão de literatura". *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 40, n. 4, pp. 772-780, 2016.
- SOARES, Gláucio Ary Dillon; MIRANDA, Dayse. "Gênero e trauma". *Sociedade e Estado*, vol. 20, n. 1, pp. 135-162, 2005.
- SOARES, Gláucio Ary Dillon; MIRANDA, Dayse; BORGES, Doriam. *As vítimas ocultas: Da violência na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

- SOUZA, Luciano Dias de Mattos; ORES, Liliane; OLIVEIRA, Gabriela Teixeira de; CRUZEIRO, Ana Laura Sica; SILVA, Ricardo Azevedo; PINHEIRO, Ricardo Tavares; HORTA, Bernardo Lessa. "Ideação suicida na adolescência: Prevalência e fatores associados". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 59, n. 4, pp. 286-292, 2010.
- SOUZA, Ednilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza; MALAQUIAS, Juaci Vitória. "Suicide Among Young People in Selected Brazilian State Capitals". *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 18, v. 3, pp. 673-683, 2002.
- TAYLOR, Steve. "Suicídio" (verbete). In: OUTHWAITE, William; BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1996, pp. 751-753.
- VASCONCELOS, Ana Maria Nogales. "A qualidade das estatísticas de óbito no Brasil". *Revista Brasileira de Estudos de População*, vol. 15, n. 1, p. 115-124, 1998.
- WANG, Yuan Pang; SANTOS, Carolina de Mello-Santos; BERTOLOTE, José Manoel. "Epidemiologia do suicídio". In: MELEIRO, Alexandrina; TENG, Chei Tung; WANG, Yuan Pang (orgs). **Suicídio: Estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, pp. 97-108.
- WHO. World Health Organization. "World Suicide Prevention Day", 2007. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s16/en/>
- WHO. World Health Organization. "Suicide Prevention (Supre)", 2013. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html
- WHO. World Health Organization. **Preventing Suicide. A Global Imperative**. Genebra: WHO Press, 2014.

NOTAS

[1]Disponível em: www.who.int/topics/suicide/en

[2]Cf. Soares e Miranda (2005), Soares, Miranda e Borges (2007). Sobre problemas relacionados à ideação cf. Borges e Werlang (2006), Patutti (2004) e Souza *et al.* (2010).

[3]Cf. WHO (2007, 2013). Entre os jovens ver Souza, Minayo e Malaquias (2002).

[4]Entre eles, Minayo (1998, p. 426), Vasconcelos (1998, p. 121) e Wang, Santos e Bertolote (2004, p. 101).

[5]Disponível em: www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php

[6]Elaboração feita com base em diversos outros fluxogramas semelhantes disponíveis e com complementos baseados em nossa experiência com a presente pesquisa.

[7]Cálculo da taxa de Itabuna: população para 2010 (que serve de base também para o cálculo dos anos de 2011 e 2012) conforme o IBGE era de 204.667. O valor do número de suicídios para o respectivo ano é dividido por 2,04.

[8]Cálculo da taxa do grupo de outras cidades. As populações de cada cidade conforme o IBGE 2010 (que serve de base também para o cálculo dos anos de 2011 e 2012) eram: Almadina 6.357, Arataca 10.392, Buerarema 18.605, Camacan 31.472, Coaraci 20.964, Floresta Azul 10.660, Ibicaraí 24.272, Itaju do Colônia 7.309, Itajuípe 21.081, Itapé 10.995, Jussari 6.474, Pau Brasil 10.852, Santa Cruz da Vitória 6.673 e São José da Vitória 5.175. Na soma de todas o total é de 191.281. Assim, o valor do número de suicídios para os respectivos anos é dividido por 1,91.

[9]Conforme indicam Wang, Santos e Bertolote (2004, p. 101), estima-se que o Ministério da Saúde mediante o sistema SIM conseguia rastrear cerca de 80% do total dos óbitos do país – informação válida para a década de 90.

[10]Cf. Santa e Cantilino (2016), Oliveira e Lotufo Neto (2003) e Miranda (2016). No caso dos policiais, por exemplo, Miranda (2016, p. 29), com base em registro do Estado Maior EMG/PMI da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro, explica que a taxa de suicídio por 100.000 na população da PMERJ era: 1995 – 39; 1996 – 18; 1997 – 17 (...); 2005 – 11; 2006 – 11; 2007 – 5; 2008 – 5; 2009 – 13. Na mesma página a autora lembra que, ainda assim, essas estatísticas são pouco confiáveis, devido à subnotificação – provável motivo para o completamente instável comportamento das taxas.