

## Estudo descritivo das tentativas de suicídio na população idosa brasileira, 2000 - 2014

Descriptive study of suicide attempts in the Brazilian elderly population, 2000 - 2014

Liana Wernersbach Pinto <sup>1</sup>  
Simone Gonçalves de Assis <sup>1</sup>

**Abstract** *The study describes hospital admission rates for suicide attempts among the Brazilian elderly and discusses the weaknesses of data from information systems. Data were extracted from the Hospital Information System (HIS) and from the Violence and Injury Surveillance System (VIVA). The analyzes included: (1) temporal evolution of rates by age group (1-9; 10-19; 20-39; 40-59 and 60 or over) from 2000 to 2014 by region; (2) triennial hospital admission rates by sex for age groups 60-69, 70-79 and 80 or over by region and state; (3) hospital admission rates for the elderly from the two information systems. Temporal evolution showed higher rates in the north and lower ones in the northeast. The analysis by age group and sex showed higher rates for older men of the three investigated age groups. The comparison of rates obtained from the two information systems showed a gradual increase in rates from VIVA. After 2012, rates obtained from VIVA were higher in the Southeast, South and Midwest regions. The study highlights the need for further improvement of information on hospital morbidity and data from compulsory notification of violence.*

**Key words** *Elderly, Suicide attempt, Morbidity, Information Systems, Under-registration*

**Resumo** *Este artigo descreve as taxas de internação por tentativas de suicídio entre idosos brasileiros e discute as fragilidades dos dados dos sistemas de informação. Empregaram-se dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Analisou-se: (1) a evolução temporal das taxas segundo faixa etária (1-9; 10-19; 20-39; 40-59 e 60 ou mais anos), entre 2000 e 2014, por região; (2) as taxas trienais de internação segundo o sexo e faixas etárias 60-69, 70-79 e 80 ou mais anos, por região e unidade da federação; (3) as taxas de internação para idosos dos dois sistemas de informação. Quanto à evolução temporal, observou-se taxas mais elevadas na região Norte, e mais baixas no Nordeste. A análise segundo faixa etária e sexo mostrou taxas mais elevadas para os homens idosos das três faixas etárias investigadas. A comparação das taxas obtidas a partir dos dois sistemas mostrou um aumento gradativo daquelas oriundas do VIVA. A partir de 2012, observou-se que as taxas obtidas a partir do VIVA foram mais elevadas para as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Destaca-se a necessidade de aprimoramento da informação sobre morbidade hospitalar e dos dados provenientes da notificação compulsória da violência.*

**Palavras-chave** *Idoso, Tentativa de suicídio, Morbidade, Sistemas de Informação, Sub-registro*

<sup>1</sup> Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4036/700, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro RJ Brasil. lianawp@fiocruz.br

## Introdução

No documento *Preventing suicide, a global imperative*<sup>1</sup>, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima 804.000 mortes por suicídio no mundo, em 2012, com uma taxa global padronizada por idade de 11,4 mortes por 100.000 pessoas, sendo maior entre homens (15,0) do que entre mulheres (8,0). As mais elevadas taxas são observadas entre homens e mulheres acima de 70 anos de idade em distintas regiões do mundo, com exceção de alguns países em que o grupo jovem lidera as estatísticas. A situação dos países com média e baixa renda é mais grave, pois 75% dos suicídios registrados no mundo situam-se nestas áreas. A cada ano, a OMS informa que para cada suicídio haveria mais de 20 pessoas que o tentam sem alcançar êxito<sup>1,2</sup>, alertando para o fato de que a existência de tentativa prévia é o mais importante e isolado fator de risco para suicídio na população em geral.

As tentativas de morte autoinfligida têm impacto significativo em nível individual e familiar, especialmente pelo impacto psicológico e físico que as acompanham. Mas também elas influenciam a sociedade no nível comunitário e institucional, com destaque para a utilização de serviços de saúde para tratar as consequências decorrentes da tentativa e as incapacidades ou deficiências decorrentes das lesões ocorridas<sup>1-3</sup>.

As dificuldades para se obter estatísticas de tentativas de suicídio são ainda maiores que as encontradas para se avaliar o suicídio. Este é sabidamente influenciado por questões de ordem religiosa e financeira, não recebimento de seguro de vida, impactando a qualidade do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Para o suicídio, considera-se que a taxa de subnotificação seja ainda mais elevada que as associadas a outras causas externas; e tal quadro é ainda mais agravado no que se refere aos dados dos idosos<sup>4</sup>.

Para se conhecer a dimensão das tentativas há dois mecanismos principais de obtenção de dados: os inquéritos populacionais, em que há autorrelato de comportamentos suicidas, e os registros hospitalares sobre tratamento de lesões autoinfligidas<sup>1</sup>.

No Brasil, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) tem sido utilizado com a finalidade de conhecer a dimensão das tentativas de suicídios<sup>5,6</sup>. Este Sistema realiza a análise da morbidade através dos formulários da Autorização de Internação Hospitalar, e tem como finalidade efetuar a remuneração pelos procedimentos realizados durante as internações em hospitais públicos e

conveniados ao Sistema Único de Saúde. Esta peculiaridade introduz limitações, como: excesso de informações sobre realização de procedimentos caros, cobranças por intervenções não realizadas e a realização de exames desnecessários<sup>7</sup>. O SIH não contempla a totalidade das internações ocorridas, uma vez que exclui as ocorridas em emergências ou prontos-socorros, locais privilegiados para a chegada dos casos de tentativa de suicídio<sup>8</sup>. A imprecisão do diagnóstico das lesões e traumas é outro fator crucial que interfere na qualidade dos dados referentes às tentativas de suicídio, pois comumente elas não aparecem vinculadas às circunstâncias que lhes deram origem<sup>9</sup>.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA é outra fonte de informações que permite investigar tentativas de suicídio. Seu componente contínuo integra ou é alimentado, principalmente, pela ficha de notificação/investigação individual de Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência doméstica, sexual e outras, que deve ser preenchida em todo caso suspeito ou confirmado atendido em serviços de saúde. Por ser um sistema recente e em fase de implantação, ainda poucos estudos o utilizam como fonte de dados para conhecimento das tentativas de suicídios<sup>10,11</sup>.

O desafio de analisar as tentativas de suicídio no Brasil agrega-se ao mérito de investigá-las no grupo dos idosos, um grupo etário que cresce no mundo e no país, à medida que melhoram as condições de vida e saúde. A gravidade do tema entre idosos é flagrante: a relação entre tentativas e óbitos consumados é de duas a três tentativas para um óbito consumado, sendo a presença prévia de tentativa um importante fator preditivo para o suicídio consumado<sup>12</sup>. Outro aspecto importante a ser considerado decorre do fato de o suicídio em idosos crescer à medida que aumenta o envelhecimento e de que os fatores associados aos suicídios em indivíduos na faixa dos 60 anos podem diferir das que são importantes no grupo de 85 anos ou mais<sup>13</sup>. Ainda há que se considerar as grandes diferenças observadas nas estatísticas sobre suicídios e tentativas entre países, regiões e cidades de um mesmo país como aspectos que dificultam a análise<sup>1</sup>.

Com o intuito de ampliar o conhecimento sobre o tema, o presente artigo visa apresentar as taxas de morbidade por tentativas de suicídio em idosos brasileiros no período de 2000 a 2014. Os dados encontram-se discriminados segundo sexo, regiões brasileiras e unidades da federação, levando em conta nas análises as etapas do envelhecimento.

## Métodos

Este estudo é parte da pesquisa intitulada *Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública*, desenvolvido por pesquisadores do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/ENSP/Fiocruz), a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética da referida instituição.

Trata-se de um estudo descritivo, que apresenta uma análise da evolução temporal das notificações de lesões autoprovocadas em pessoas com 60 anos e mais, no período de 2000 a 2014, por região e unidade da federação (UF). Os dados foram extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde (SIH/MS), disponíveis no sítio do DATASUS ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)), sendo empregada a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), códigos X60 a X84. Os dados foram agregados e analisados em cinco triênios (2000-02, 2003-05, 2006-08, 2009-11 e 2012-14), segundo faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 e mais anos) e sexo (masculino e feminino).

No cálculo das taxas empregou-se como numerador o número de internações por lesões autoprovocadas ocorridas no triênio e como denominador a estimativa populacional fornecida pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano do meio do triênio (anos de 2001, 2004, 2007, 2010 e 2013).

Adicionalmente também foram analisados os dados sobre lesões autoprovocadas oriundos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN/MS), disponíveis no sítio do DATASUS em pessoas com 60 anos ou mais, para o período 2009 a 2014. De forma semelhante ao que foi feito com os dados do SIH, também, calcularam-se as taxas tendo como numerador as internações e como denominador a população fornecida pelo IBGE para cada um dos anos. Em ambas, os resultados foram multiplicados por 100.000 habitantes.

Com a finalidade de comparar os dados oriundos dos dois sistemas, SIH e SINAN/VIVA, calculou-se também as taxas anuais de internação por lesão autoprovocada em pessoas com 60 anos ou mais, empregando os dados do SIH. Este procedimento foi necessário uma vez que o sistema SINAN/VIVA não permite subdividir a categoria acima de 60 anos.

Como forma de melhor situar a questão das lesões autoprovocadas em idosos no país e permitir a sua comparação com outros grupos etá-

rios, foram calculadas também as taxas de internação para os seguintes grupos de idade: 1 a 9 anos; 10 a 19; 20 a 39; 40 a 59 e 60 anos e mais, segundo região do país.

Com o intuito de analisar a qualidade dos dados de notificação por lesões autoprovocadas, calculou-se a proporção de internações por eventos cuja intenção é indeterminada, não se sabendo se é acidente, lesão autoinfligida ou agressão. Tal proporção teve como numerador as internações classificadas pela CID-10 nos códigos Y10 a Y34 em cada um dos anos de estudo e, como denominador, o total de internações por causas externas no mesmo período.

Na construção do banco de dados e cálculo das taxas, empregou-se os programas Excel e SPSS 20.0<sup>14</sup>.

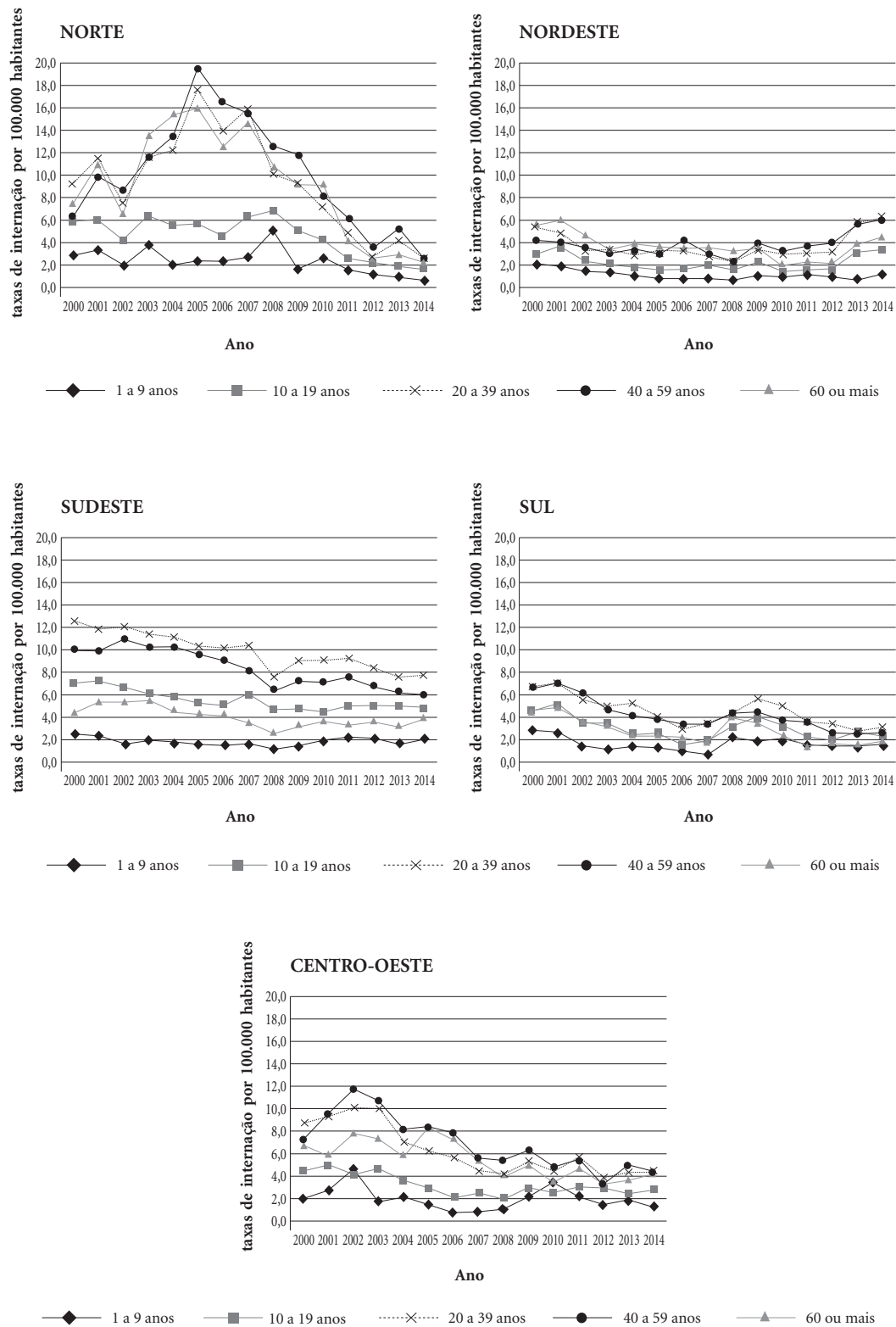
## Resultados

Na Figura 1 podem ser visualizadas as séries históricas das taxas de internação por tentativas de suicídio segundo região do país para as seguintes faixas etárias: 1 a 9 anos, 10 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 e mais anos, período de 2000 a 2014.

Na região Norte, as taxas exibem uma tendência de queda para todas as faixas etárias analisadas. Verifica-se que os valores flutuam entre 0,7 (1 a 9 anos) e 19,5 (40 a 59 anos) por 100.000 habitantes. No grupo de 40 a 59 anos se observam as mais elevadas taxas de internação por praticamente todo o período. Contudo, nota-se padrão bastante semelhante das séries temporais entre os três grupos etários a partir de 20 anos de idade. É nessa região que se observam as mais elevadas taxas para todos os grupos etários, exceto o de 10 a 19 anos.

Na região Nordeste, observa-se que as taxas variam entre 0,7 (1 a 9 anos) e 6,2 (20 a 39 anos) por 100.000 habitantes. Novamente, verificam-se padrão e taxas semelhantes para os grupos etários 20 a 39, 40 a 59 e 60 e mais anos. As curvas referentes aos grupos mais jovens exibem valores mais baixos, com o máximo de 3,8 internações por 100.000 habitantes. Parece haver leve tendência de aumento das internações nos últimos anos das séries. Nessa região se encontraram as taxas mais baixas.

As taxas na região Sudeste flutuam entre 1,1 (1 a 9 anos) e 12,6 (20 a 39 anos) internações por 100.000 habitantes. No grupo de 20 a 39 anos concentram-se as mais elevadas taxas. Logo a seguir, com taxas ligeiramente inferiores, encontra-



**Figura 1.** Evolução temporal das taxas de internação por tentativa de suicídio (por 100.000 habitantes) nas regiões brasileiras segundo faixa etária, 2000-2014.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

se o grupo de 40 a 59 anos. Na faixa etária de 1 a 9 anos, verificam-se as taxas mais baixas. As séries se mostram estáveis para os grupos até 19 anos e para os idosos. Contudo, as curvas para as faixas de 20 a 39 anos e 40 a 59 anos exibem declínio, a primeira a partir de 2008 e a segunda, a partir de 2005.

Na região Sul, verificam-se taxas mais baixas que em outras regiões do país, exceto quando comparada com a região Nordeste, oscilando entre 0,7 (1 a 9 anos) a 7,1 (20 a 39 anos) internações por 100.000 habitantes. Da figura pode-se observar um leve declínio nas taxas de internação para as faixas a partir dos 20 anos. Os grupos de 20 a 39 anos e 40 a 59 anos apresentam taxas semelhantes ao longo dos anos, variando entre 2 e 7 internações por 100.000 habitantes.

Na região Centro-Oeste observam-se taxas entre 0,8 (1 a 9 anos) e 11,7 (40 a 59 anos) internações por 100.000 habitantes. Novamente, as faixas de 20 a 39 anos e 40 a 59 apresentam as taxas mais elevadas, oscilando de 3 a 11 internações por 100.000 habitantes. No grupo de idosos, as taxas apresentam valores entre 3,3 e 8,4 internações por 100.000 habitantes. Observando-se a figura verifica-se clara tendência de declínio das taxas.

Analisando os dados por faixa etária verifica-se que para o grupo mais jovem (1 a 9 anos) as taxas são mais elevadas no Norte, seguido pelo Centro-Oeste. Na faixa etária de 10 a 19 anos, as taxas são mais elevadas no Sudeste e no Norte. No grupo de 20 a 39 anos, em três regiões (Norte, Sudeste e Centro-Oeste) as taxas superam 10 internações por 100.000 habitantes. O mesmo ocorre na faixa de 40 a 59 anos, mas essa apresenta valores ainda mais altos que a faixa anterior nas regiões Norte e Centro-Oeste. Quanto aos idosos (60 anos ou mais), verifica-se que as taxas mais elevadas estão no Norte e no Centro-Oeste, e as mais baixas no Sudeste e no Sul.

Na Tabela 1 pode-se observar a evolução das taxas na faixa etária 60 e 69, segundo o sexo, por região do país e unidade da federação. Verifica-se que na região Norte se encontram as mais elevadas taxas para este grupo etário, oscilando entre 4,1 e 51,6 internações por 100.000 habitantes. Tal fato ocorre para o grupo como um todo e também quando se separam os indivíduos segundo o sexo. A seguir, a região Centro-Oeste aparece com taxas muito altas, superando 20 internações por 100.000 habitantes nos dois primeiros triênios analisados. Nos triênios que se seguem as taxas são ainda elevadas, mas apresentam redução acentuada no grupo dos homens, o que faz com que a taxa geral também se reduza.

Na região Nordeste se encontram as taxas mais baixas que oscilam entre 5,5 e 16,1 para os homens e entre 4,4 e 10,5 por 100.000 para as mulheres. No Sudeste, para os homens, observam-se taxas acima de 20 para os dois primeiros triênios. Elas se mantêm em patamar elevado pelos dois triênios seguintes, em torno de 15 internações por 100.000 habitantes.

Na análise por regiões, as taxas mais elevadas de internação são sempre de homens. Também os dados por unidade da federação mostram que no grupo masculino elas superam 20 internações por 100.000 em vários momentos nos estados: Acre, Pará, Amapá, Tocantins, Ceará, Minas Gerais, Espírito Santo, Santa Catarina, Goiás e no Distrito Federal. Entre as mulheres chamam atenção as taxas dos estados do Acre, Pará e Paraíba.

Na Tabela 2 são apresentados os dados para a faixa etária de 70 a 79 anos para ambos os sexos e separadamente por homens e mulheres. Novamente, o grupo masculino apresenta as mais elevadas taxas nas regiões Norte e Centro-Oeste. Para as mulheres, os valores mais altos se encontram no Norte e no Nordeste em quase todos os triênios. As taxas para a população masculina oscilam entre 4,5 (2012-14) e 53,4 (2003-05) por 100.000, e as taxas femininas, entre 3,0 (2012-14) e 49,6 (2003-05) por 100.000 habitantes.

Ainda da Tabela 2, a observação dos dados por unidade da Federação mostra que os estados do Acre, Pará, Paraíba, Minas Gerais, Espírito Santo e Goiás exibem elevadas taxas em praticamente todos os triênios para o sexo masculino. Para as mulheres os estados do Acre, Pará, Tocantins e Paraíba possuem as taxas mais altas.

Comparando-se as Tabelas 1 e 2, observa-se que a faixa dos idosos com 60 a 69 anos tem taxas um pouco acima das observadas para aqueles entre 70 a 79 anos na maior parte das regiões brasileiras, tanto em seu conjunto como na população masculina. Para as mulheres a situação inverte-se.

No grupo de idosos com 80 anos ou mais, os dados por região mostram taxas bem mais baixas se comparadas com as outras faixas etárias (60 a 69 e 70 a 79 anos) – inclusive com tendência de redução. Mas é na região Norte que se observam as mais altas taxas (22,3/100.000 para os homens e 27,6/100.000 para as mulheres), para o conjunto de pessoas nessa faixa etária. Vêm a seguir, por ordem, as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste. A tabela mostra essa redução das taxas para este grupo etário em todas as regiões. Já a análise dos dados por unidade da Federação mostra taxas muito oscilantes e altas no Acre, Pará, Tocantins e Paraíba (Tabela 3).

**Tabela 1.** Taxas de internação por tentativas de suicídio (por 100.000 habitantes) em pessoas com 60 a 69 anos, segundo sexo e unidade da Federação, 2000-2014.

Região/UF	Sexo e triênio														
	Geral					Masculino					Feminino				
	00-02	03-05	06-08	09-11	12-14	00-02	03-05	06-08	09-11	12-14	00-02	03-05	06-08	09-11	12-14
Região Norte	23,9	39,8	36,7	22,1	7,6	33,4	51,6	47,4	27,8	4,1	14,0	27,4	25,9	16,2	4,2
Roraima	12,9	8,2	10,2	11,9	10,5	19,5	11,1	16,2	17,0	12,7	4,8	4,6	3,6	6,2	8,1
Acre	57,3	187,5	166,3	156,5	17,9	76,1	315,2	282,3	274,7	35,8	36,3	45,3	51,0	37,4	0,0
Amazonas	1,2	1,1	3,9	3,3	0,0	2,4	0,0	6,0	3,3	0,0	0,0	2,2	1,9	3,3	0,0
Roraima	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pará	29,1	58,5	51,5	24,9	9,1	42,8	69,8	61,4	23,2	13,3	15,2	46,9	41,6	26,7	4,8
Amapá	41,5	0,0	12,2	5,0	18,0	66,1	0,0	24,7	9,9	26,8	16,6	0,0	0,0	0,0	9,0
Tocantins	38,9	16,6	14,1	9,2	5,8	40,7	23,4	10,2	17,6	5,6	36,8	8,8	18,3	0,0	5,9
Região Nordeste	13,0	8,6	8,4	7,4	9,9	16,1	10,5	10,8	11,0	5,5	10,5	7,0	6,5	4,4	4,6
Maranhão	2,6	1,7	1,5	3,6	10,7	3,5	2,5	2,5	6,0	15,5	1,7	0,8	0,7	1,3	6,4
Piauí	3,8	7,4	4,8	9,6	9,7	4,8	9,4	10,2	8,4	12,4	2,9	5,6	0,0	10,8	7,3
Ceará	13,9	7,9	7,8	12,7	29,1	15,7	12,7	12,5	19,8	50,5	12,5	4,0	4,0	6,7	11,3
Rio Grande do Norte	7,9	9,9	7,8	0,6	2,1	10,5	15,3	7,2	1,2	4,7	5,7	5,5	8,2	0,0	0,0
Paraíba	75,4	50,8	47,1	18,2	2,6	84,7	46,7	43,9	21,3	3,9	68,1	54,1	49,6	15,6	1,5
Pernambuco	1,0	0,3	0,7	2,6	3,8	0,0	0,0	1,0	4,5	5,2	1,8	0,4	0,4	1,1	2,7
Alagoas	4,4	5,1	3,8	1,9	2,4	3,9	7,6	6,6	2,8	5,3	4,8	3,1	1,4	1,2	0,0
Sergipe	8,4	6,7	2,2	5,8	0,9	12,6	9,1	4,9	8,4	2,0	5,0	4,8	0,0	3,6	0,0
Bahia	11,1	5,4	7,8	8,2	8,8	18,5	8,7	12,3	13,7	14,2	4,8	2,5	3,8	3,4	4,1
Região Sudeste	16,5	15,6	11,0	10,8	9,9	24,6	23,3	15,8	16,1	9,2	9,7	9,2	6,9	6,4	7,8
Minas Gerais	31,9	29,3	15,1	15,4	14,2	47,1	43,7	21,7	20,5	16,1	18,7	16,7	9,3	11,0	12,6
Espírito Santo	8,9	22,4	22,7	34,6	25,4	11,7	36,5	36,4	66,3	39,0	6,5	9,9	10,6	6,6	13,1
Rio de Janeiro	10,6	8,9	7,5	4,1	3,6	19,7	15,3	11,2	7,5	5,8	3,5	4,0	4,7	1,4	2,0
São Paulo	12,1	11,4	9,6	9,7	9,4	16,4	15,6	13,3	13,5	11,3	8,5	7,9	6,6	6,5	7,7
Região Sul	14,3	7,6	7,5	7,3	4,7	20,8	11,8	10,3	10,0	4,5	8,6	3,9	5,0	4,9	3,9
Paraná	8,5	5,6	7,1	9,3	5,8	10,7	8,0	10,4	10,5	6,0	6,4	3,5	4,2	8,2	5,6
Santa Catarina	25,9	10,6	8,2	9,5	6,6	38,4	16,0	10,2	13,9	7,6	14,8	5,7	6,3	5,5	5,6
Rio Grande do Sul	14,1	7,8	7,5	4,6	3,0	21,7	13,1	10,4	7,8	4,3	7,8	3,5	5,0	1,8	1,8
Região Centro-Oeste	22,6	21,8	14,2	13,3	9,2	34,3	33,6	19,4	18,0	3,1	10,9	10,0	9,2	8,9	2,8
Mato Grosso do Sul	16,0	12,3	12,9	10,4	4,7	25,2	22,3	19,4	12,1	9,9	6,5	2,1	6,7	8,7	0,0
Mato Grosso	23,9	10,4	11,5	11,8	8,1	36,4	11,6	11,0	16,0	10,9	9,4	9,1	12,1	7,2	5,1
Goiás	24,0	28,2	15,8	13,6	11,1	33,0	40,4	23,7	20,3	21,4	15,2	16,2	8,4	7,2	1,6
Distrito Federal	25,5	29,2	14,4	17,8	10,4	48,6	59,9	18,5	21,1	16,1	5,3	2,5	11,2	15,2	6,1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Na Tabela 4 são apresentadas as taxas de internação por lesão autoprovocada em pessoas com 60 anos ou mais para período de 2009 a 2014, segundo os dois sistemas de informação, SIH e SINAN/VIVA. Os dados referentes ao ano de 2009 variam entre 3,2 e 9,3 internações por 100.000 habitantes, no SIH, e entre 0,3 e 2,2, no VIVA. Situação semelhante ocorre com os dados do ano seguinte (2010). Já em 2011, as taxas flutuam entre 2,3 e 7,3, no SIH, e entre 0,8 e 5,4, no VIVA. Observa-se um aumento gradativo nas taxas oriundas do sistema VIVA. Outro aspecto interessante de ser destacado é que os dados por

regiões dos anos de 2012, 2013 e 2014, para as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, mostram que as taxas obtidas a partir do VIVA são mais elevadas que as do SIH. As informações por unidade da federação também mostram melhora nos dados do VIVA, especialmente a partir de 2012, com aumento gradativo do número de casos notificados.

Com relação às internações classificadas como de intenção indeterminada (dados não apresentados), verificam-se os mais elevados percentuais na região Norte, onde variam de 5,4% a 16,4%. Nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul o



**Tabela 2.** Taxas de internação por tentativas de suicídio (por 100.000 habitantes) em pessoas com 70 a 79 anos, segundo sexo e unidade da Federação, 2000-2014.

Região/UF	Sexo e triênio														
	Geral					Masculino					Feminino				
	00-02	03-05	06-08	09-11	12-14	00-02	03-05	06-08	09-11	12-14	00-02	03-05	06-08	09-11	12-14
Região Norte	24,3	51,6	38,2	24,7	5,6	29,1	53,4	39,4	28,5	8,4	19,4	49,6	37,1	21,1	3,0
Rondônia	24,3	9,4	3,4	12,0	8,7	25,5	8,2	6,4	22,8	11,4	22,8	10,9	0,0	0,0	5,9
Acre	41,1	153,7	95,4	66,2	7,2	76,0	266,3	152,3	101,4	0,0	0,0	20,9	33,2	29,9	13,7
Amazonas	7,2	0,0	3,8	4,9	1,6	14,6	0,0	7,9	3,4	3,5	0,0	0,0	0,0	6,3	0,0
Roraima	0,0	0,0	0,0	0,0	16,1	0,0	0,0	0,0	0,0	31,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pará	21,9	82,7	61,3	37,3	7,4	27,1	77,5	58,2	39,1	11,8	16,9	87,7	64,2	35,7	3,5
Amapá	36,9	0,0	0,0	10,1	0,0	75,3	0,0	0,0	21,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tocantins	59,7	20,5	19,5	8,2	0,0	39,7	15,3	12,5	10,5	0,0	82,9	26,6	27,1	5,8	0,0
Região Nordeste	15,1	9,9	9,7	7,3	7,9	14,1	9,6	12,6	10,2	12,1	15,9	10,1	7,4	5,0	4,8
Maranhão	1,7	0,0	2,1	4,5	7,3	1,7	0,0	1,5	5,8	8,2	1,6	0,0	2,6	3,3	6,5
Piauí	2,7	1,3	2,5	3,8	5,2	2,8	2,7	5,4	4,2	7,3	2,5	0,0	0,0	3,5	3,7
Ceará	10,9	7,0	12,1	13,4	23,9	15,8	11,4	18,5	16,1	37,2	6,7	3,2	7,3	11,4	13,9
Rio Grande do Norte	7,1	9,1	3,4	0,0	3,8	5,1	17,2	8,0	0,0	6,8	8,8	2,1	0,0	0,0	1,6
Paraíba	88,3	75,0	58,9	18,5	3,6	64,4	52,2	60,9	23,5	7,0	108,1	93,9	57,5	14,9	1,2
Pernambuco	1,3	0,4	0,4	2,4	2,5	3,0	0,0	0,9	5,8	4,4	0,0	0,8	0,0	0,0	1,2
Alagoas	9,7	3,2	1,4	1,2	0,0	10,7	6,9	3,2	2,8	0,0	9,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sergipe	7,3	2,3	6,1	1,8	1,8	0,0	0,0	14,5	4,3	4,4	13,1	4,2	0,0	0,0	0,0
Bahia	13,2	3,5	7,0	8,4	6,7	15,0	5,1	10,7	12,8	9,7	11,7	2,2	4,1	4,9	4,6
Região Sudeste	13,1	11,7	7,9	9,0	8,1	17,5	16,7	11,2	11,7	10,3	9,9	8,0	5,4	7,0	6,5
Minas Gerais	23,1	23,2	13,2	14,4	10,5	28,2	31,7	19,6	18,1	11,3	19,0	16,3	8,2	11,4	9,8
Espírito Santo	9,0	14,8	10,5	12,4	21,0	13,9	21,4	14,9	18,0	30,9	4,8	9,1	7,0	8,0	13,4
Rio de Janeiro	7,6	5,8	5,1	3,9	4,6	13,4	9,7	7,0	6,9	7,3	3,7	3,3	3,8	1,8	2,8
São Paulo	11,3	8,8	6,3	8,3	7,4	14,3	12,0	8,4	9,9	9,2	9,0	6,3	4,8	7,1	6,0
Região Sul	11,2	7,1	7,5	7,0	4,0	13,7	11,5	9,2	9,0	4,5	9,3	3,8	6,2	5,5	3,6
Paraná	10,9	3,5	12,6	10,3	4,4	13,0	5,9	13,4	12,2	4,6	9,1	1,5	11,9	8,7	4,2
Santa Catarina	21,5	8,5	6,8	7,2	8,0	20,3	13,0	6,5	9,4	9,6	22,4	5,1	7,0	5,4	6,7
Rio Grande do Sul	7,4	9,2	4,0	4,2	1,9	11,5	15,5	6,8	5,9	2,0	4,5	4,9	2,0	3,0	1,8
Região Centro-Oeste	17,1	22,0	15,0	9,7	10,5	21,8	28,7	24,7	16,3	11,8	12,5	15,3	6,1	3,6	9,4
Mato Grosso do Sul	19,2	14,4	9,4	5,5	9,3	25,5	16,4	9,6	8,4	11,4	12,9	12,4	9,2	2,7	7,4
Mato Grosso	10,0	7,2	13,7	5,7	8,1	13,8	8,9	19,8	8,2	5,4	5,5	5,2	7,1	3,0	10,8
Goiás	19,0	36,5	18,5	14,1	12,2	19,3	48,1	32,9	25,9	16,6	18,8	25,1	5,2	3,4	8,4
Distrito Federal	16,4	3,1	13,5	7,0	10,1	38,3	7,2	27,1	8,1	6,8	0,0	0,0	3,9	6,2	12,5

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

percentual oscila entre 2,0 e 6,8%. Contudo, vale ressaltar que os dados mostram uma leve piora nessas regiões nos últimos anos estudados, com aumento do percentual de internações classificadas como de intenção indeterminada.

## Discussão

As informações aqui apresentadas ressaltam a relevância do estudo das tentativas de suicídios entre idosos, num momento em que esse grupo etário cresce no país e no mundo. Tais aspectos estão

relacionados ao aumento de tentativas que apontam como principais fatores associados: doenças e transtornos mentais; uso de determinados medicamentos, drogas, álcool e intoxicações; padecimento de doenças terminais e degenerativas; problemas socioambientais, microsociais e sociais, a exemplo da crise estrutural e socioeconômica existentes no contexto atual; e a influência da mídia<sup>1,3,15</sup>.

Uma coorte retrospectiva que analisou o perfil dos indivíduos que tentaram suicídio entre 2003 e 2009, em Barbacena/MG, investigando óbitos até 12 meses após a última tentativa, nos

**Tabela 3.** Taxas de internação por tentativas de suicídio (por 100.000 habitantes) em pessoas com 80 e mais anos, segundo sexo e unidade da Federação, 2000-2014.

Região/UF	Sexo e triênio														
	Geral					Masculino					Feminino				
	00-02	03-05	06-08	09-11	12-14	00-02	03-05	06-08	09-11	12-14	00-02	03-05	06-08	09-11	12-14
Região Norte	13,4	24,9	14,4	5,9	2,2	12,2	22,3	12,4	7,6	3,2	14,5	27,6	16,4	4,3	1,2
Rondônia	48,2	0,0	0,0	8,3	0,0	90,4	0,0	0,0	16,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Acre	48,4	67,9	35,2	30,8	51,3	0,0	88,1	63,5	30,7	110,0	99,6	46,5	0,0	30,9	0,0
Amazonas	0,0	0,0	9,1	7,2	0,0	0,0	0,0	20,4	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	6,4	0,0
Roraima	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pará	25,7	98,0	58,2	17,6	4,8	25,6	107,5	49,5	23,8	7,5	25,8	91,2	65,3	12,9	2,8
Amapá	0,0	0,0	0,0	23,0	0,0	0,0	0,0	0,0	55,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tocantins	110,9	38,9	15,1	6,3	7,0	102,0	19,7	0,0	12,4	0,0	119,5	57,5	31,9	0,0	13,6
Região Nordeste	14,8	10,4	8,4	4,2	4,5	13,8	7,8	7,9	3,9	6,0	15,3	12,7	8,3	4,5	3,4
Maranhão	3,5	0,0	4,4	0,0	5,3	3,9	0,0	6,8	0,0	9,9	3,1	0,0	2,6	0,0	2,2
Piauí	0,0	6,0	11,9	0,0	15,7	0,0	6,7	0,0	0,0	27,4	0,0	5,4	21,8	0,0	8,5
Ceará	14,6	10,1	9,6	11,1	28,5	23,5	6,8	14,5	9,3	43,4	7,5	12,6	6,1	12,4	19,0
Rio Grande do Norte	9,6	4,7	23,4	5,0	1,9	10,5	10,2	29,4	7,9	4,8	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0
Paraíba	240,4	187,7	113,5	31,3	3,2	192,4	136,7	80,6	15,3	4,0	279,1	228,7	140,4	42,4	2,6
Pernambuco	1,0	0,0	0,8	2,8	4,8	2,4	0,0	0,0	5,3	2,2	0,0	0,0	1,5	1,2	6,4
Alagoas	3,3	6,4	3,1	2,6	2,8	0,0	7,2	7,2	6,4	0,0	5,9	5,7	0,0	0,0	4,5
Sergipe	19,0	0,0	12,0	3,5	0,0	32,5	0,0	18,2	9,0	0,0	8,5	0,0	7,1	0,0	0,0
Bahia	13,6	5,8	7,7	8,6	8,2	19,5	5,5	9,8	11,6	11,9	9,2	6,0	6,0	6,6	5,9
Região Sudeste	5,4	5,8	3,5	4,5	4,7	7,0	7,4	3,6	4,4	5,4	4,2	4,6	3,4	4,6	4,3
Minas Gerais	31,3	28,6	9,8	13,3	13,3	43,4	41,0	11,7	15,7	14,2	23,5	20,4	8,5	11,9	12,7
Espírito Santo	6,5	15,6	8,9	15,3	13,6	8,0	30,8	10,7	24,0	25,6	5,5	5,2	7,6	9,5	5,6
Rio de Janeiro	6,3	6,7	3,9	3,3	5,1	11,0	10,7	6,2	3,0	6,3	4,0	4,6	2,7	3,4	4,4
São Paulo	9,8	12,7	8,9	10,6	9,6	14,6	16,8	9,0	11,2	13,5	7,0	10,3	8,8	10,3	7,4
Região Sul	3,9	3,9	3,5	2,5	1,6	5,1	4,7	2,2	1,6	1,7	2,9	3,3	4,5	3,2	1,5
Paraná	10,4	7,9	12,3	8,9	3,0	16,5	8,1	9,1	3,4	4,3	6,0	7,8	14,8	12,7	2,1
Santa Catarina	12,7	18,3	8,2	6,2	4,3	16,5	26,4	7,0	3,4	2,9	10,3	13,2	9,0	7,8	5,1
Rio Grande do Sul	10,1	9,8	5,9	3,5	3,4	15,9	15,5	3,1	5,9	5,0	7,1	6,9	7,4	2,2	2,6
Região Centro-Oeste	6,3	7,3	8,6	7,3	2,8	8,2	8,7	8,7	7,3	2,7	4,5	6,0	8,6	7,3	2,8
Mato Grosso do Sul	10,6	10,2	18,1	12,9	6,2	23,0	11,1	7,7	14,3	14,0	0,0	9,5	27,4	11,7	0,0
Mato Grosso	0,0	13,0	13,4	7,8	0,0	0,0	26,6	17,7	7,9	0,0	0,0	0,0	9,1	7,6	0,0
Goiás	25,6	29,5	20,4	23,9	9,9	33,4	32,1	25,4	26,5	9,4	19,0	27,3	16,0	21,8	10,3
Distrito Federal	18,2	8,6	33,1	22,1	7,4	26,1	24,5	44,3	24,1	0,0	14,0	0,0	27,8	20,9	11,8

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Boletins de Ocorrência Policial e nas certidões de óbito, mostrou que, entre os 807 indivíduos que tentaram suicídio no período, ocorreram 52 óbitos, sendo 12 por suicídio. Noventa por cento das mortes investigadas ocorreram no período de 24 meses depois da tentativa. Verificou-se significativo aumento do risco de morrer entre os homens, pessoas casadas e na população com idade maior que 60 anos (22,7% daqueles acima de 60 anos foram a óbito). Os resultados do estudo mostraram que a taxa de mortalidade entre os que tentaram o suicídio foi superior à esperada na população geral<sup>16</sup>.

Outro estudo que se preocupa com a qualidade dos dados das causas externas é o de Cavalini e Leon<sup>17</sup>, que propõe um método de correção de informações incompletas para o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e para o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Os autores apontam que, para o SIM, obteve-se um acréscimo de 55.671 óbitos, resultando num percentual de correção de sub-registro de 5,85%, o que foi mais efetivo nas faixas etárias extremas, nas causas perinatais e mal definidas, e na Região Nordeste. Com a redistribuição das causas mal definidas de óbito, houve modificação



**Tabela 4.** Comparação das taxas de internação por lesões autoprovocadas (por 100.000 habitantes) em pessoas com 60 anos ou mais, segundo região e unidade da Federação obtidas do SIH e do SINAN, 2009 a 2014.

Região/UF	SIH						SINAN/VIVA					
	09	10	11	12	13	14	09	10	11	12	13	14
Região Norte	9,3	9,1	6,4	2,5	1,9	2,3	0,4	0,7	0,8	1,7	2,9	1,4
Rondônia	5,1	3,5	3,5	3,5	2,5	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Acre	68,7	29,8	23,0	4,1	12,6	2,0	0,0	4,3	0,0	12,4	2,1	2,0
Amazonas	0,5	1,9	1,4	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,5	0,5	1,8	0,4
Roraima	0,0	0,0	4,0	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	23,3	12,1	11,3
Pará	10,6	14,0	6,8	3,3	1,6	3,1	0,0	0,0	0,4	0,2	0,5	0,2
Amapá	6,9	2,9	5,7	5,6	2,8	2,6	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0
Tocantins	1,0	0,0	7,6	0,8	1,7	1,6	3,9	5,1	5,1	2,5	17,6	8,0
Região Nordeste	3,6	1,9	4,1	2,2	2,4	4,6	0,5	0,8	1,6	2,2	2,7	2,2
Maranhão	0,6	0,9	4,4	2,4	3,3	2,9	0,0	0,2	1,4	1,9	1,9	1,1
Piauí	2,5	1,5	5,4	2,7	2,9	3,1	1,1	2,4	5,1	6,5	2,9	2,2
Ceará	5,8	4,2	5,5	2,7	7,5	16,6	0,0	0,3	0,3	0,8	2,4	1,5
Rio Grande do Norte	1,0	0,0	1,2	1,1	1,4	0,0	0,0	0,3	2,3	2,3	3,7	2,2
Paraíba	19,0	2,0	2,4	1,1	0,9	0,9	0,0	0,9	1,3	2,2	2,1	2,3
Pernambuco	0,6	1,0	2,5	1,6	0,9	1,0	0,9	1,0	1,8	2,4	5,1	3,8
Alagoas	1,2	0,0	1,8	1,1	0,0	0,7	4,4	3,6	7,5	10,0	6,7	6,1
Sergipe	0,6	1,1	2,7	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	1,0
Bahia	2,3	2,4	5,9	3,0	1,1	3,9	0,1	0,4	0,5	1,0	1,3	1,2
Região Sudeste	3,2	3,7	6,5	3,6	2,0	3,9	0,6	1,1	2,4	4,3	4,4	4,4
Minas Gerais	4,0	5,6	8,9	4,3	3,4	5,4	0,2	0,8	2,9	6,3	8,1	8,4
Espírito Santo	6,2	8,5	22,0	11,9	4,4	6,9	0,0	0,0	1,1	1,3	3,2	5,5
Rio de Janeiro	1,2	1,8	2,3	1,5	0,4	2,2	0,2	0,6	0,6	1,7	2,0	1,9
São Paulo	3,5	3,2	6,0	3,4	1,9	3,7	1,1	1,5	3,0	4,6	3,7	3,5
Região Sul	3,2	1,9	2,7	1,5	0,8	1,6	0,3	2,3	5,4	8,7	9,1	9,3
Paraná	6,2	2,6	2,5	1,6	1,5	2,0	0,5	1,0	1,9	3,0	4,1	4,9
Santa Catarina	3,3	2,4	6,0	3,7	0,8	2,4	0,3	2,1	5,3	8,4	11,1	15,3
Rio Grande do Sul	1,3	1,9	1,6	0,7	0,6	1,4	0,0	3,5	8,2	13,5	12,2	10,0
Região Centro-Oeste	5,0	3,4	7,3	3,3	1,8	4,2	2,2	2,1	3,1	5,1	6,0	4,4
Mato Grosso do Sul	3,6	2,1	5,8	2,9	0,8	2,6	8,1	6,3	8,7	14,7	12,5	13,1
Mato Grosso	3,1	2,5	7,4	3,7	0,4	3,3	0,4	0,8	1,2	1,2	2,3	1,1
Goiás	7,2	4,1	6,0	2,6	2,9	5,6	1,0	1,6	2,1	3,7	5,7	2,8
Distrito Federal	2,7	4,0	12,5	5,4	1,7	3,5	1,1	0,0	1,5	2,5	3,7	2,7

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/SUS).

na estrutura da mortalidade proporcional das regiões Norte e Nordeste.

Quanto à distribuição das tentativas segundo *ciclo etário*, ressalta-se a relevância do estudo com idosos, especialmente no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde se encontram as maiores taxas. Foram constatadas diferenças nas taxas de tentativa de suicídio segundo o grau do envelhecimento com maiores valores para a faixa menos idosa (60-69 anos) e regressão das taxas nas duas faixas seguintes, discordando do que vem sendo apresentado mundialmente<sup>13</sup>. Na comparação entre faixas etárias, constatou-se que as tentativas re-

gistradas no SIH são mais elevadas entre adultos que entre idosos.

Devido à precariedade de informações sobre tentativa de suicídio com base nacional<sup>1</sup>, fica difícil fazer comparações com outros países. Neste sentido, a OMS afirma que a variabilidade das taxas de suicídio por idade é ainda maior que aquela que existe segundo regiões do mundo. Como exemplo, informa que há diferença grande entre países com elevada renda e os com renda baixa e média. Nesses últimos, as maiores taxas estão nos grupos de adultos jovens e mulheres idosas. Nos países mais ricos, as principais vítimas são

os homens de meia idade. A OMS, ao apontar as muitas dificuldades para se estudar o tema, relata ainda que a prevalência, as características e os métodos usados para tentar o suicídio variam amplamente entre comunidades, grupos demográficos e ao longo do tempo<sup>1</sup>.

Em relação às *diferenças entre os sexos*, neste estudo se encontraram, de forma geral, taxas mais elevadas para os homens idosos das três faixas etárias investigadas. Entre as mulheres, chamaram atenção as elevadas taxas nos estados do Acre, Pará e Paraíba, onde o problema aparece de forma significativa. Dados da OMS informam que para cada mulher que morre no Brasil por suicídio, independente de faixa etária, há entre 3-3,9 homens indo a óbito por esta causa. Esse dado especificamente coloca o país num cenário semelhante ao de países de renda mais elevada. Nos de renda moderada e baixa, a razão de mortalidade homem/mulher é de 1,6. Dentre os motivos que interferem na diferenciação das taxas de suicídio entre os sexos estão questões de equidade; métodos de lidar com estresse e conflitos, viabilidade e preferência por determinados meios de se matar, acesso a álcool e drogas e diferenças na busca de apoio para a saúde mental<sup>1</sup>.

Há *dificuldades metodológicas* importantes na investigação e no entendimento dos dados sobre tentativa de suicídio. A defasagem entre os dados de prevalência originados de inquéritos populacionais e as estatísticas de internação hospitalar (em geral, lidando com o extremo mais grave de um contínuo do comportamento suicida) é um aspecto a ser considerado. A prevalência de tentativa de suicídio em residentes de Campinas, São Paulo, Brasil, ao longo da vida, é de 2,8% (IC95%: 0,09;4,6), não diferindo substancialmente de valores encontrados em países como Europa e Estados Unidos (3% a 5%). Entre idosos, a prevalência é 0,8% (0,03-4,69)<sup>18,19</sup>. Para cada três tentativas, apenas uma é atendida em serviço médico de urgência quando a lesão é muito grave. Mas problemas de acesso e de confiança no sistema de saúde, estigma da população em relação ao comportamento suicida e medo da criminalização do ato são aspectos fundamentais tanto da ausência ou escassez de cuidado como da notificação<sup>18,20</sup>. Portanto, qualquer estudo epidemiológico precisa levar em conta a precariedade de estatísticas confiáveis sobre o assunto.

A *subnotificação* dos dados é outro fator que prejudica o entendimento: as internações classificadas como causas externas de intenção indeterminada têm elevadas taxas, especialmente na região Norte. Nota-se ainda a piora em algumas

regiões nos últimos anos e em alguns estados. Tal quadro pode ser observado em outros estudos, que destacam problemas na qualidade dos dados das causas externas e das lesões autoprovocadas.

No ano de 2004, em Londrina e Maringá, Mathias et al.<sup>21</sup> analisaram a concordância entre todas as internações por lesões autoprovocadas no SIH, com os prontuários buscados nos hospitais e encontraram concordância moderada (kappa 0,56) e aceitável (kappa 0,28), respectivamente. O sub-registro das causas externas é reiterado nessas cidades, o que evidenciou sensibilidade baixa (57,3%) em Maringá e 73% em Londrina, denotando sub-registro das causas, com destaque para as lesões autoprovocadas<sup>5</sup>.

Examinando casos de tentativas e suicídios devidos à intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Santos et al.<sup>11</sup> cruzaram dados do SINAN, do SIM e do Centro de Controle de Intoxicação. Encontram 68,8% dos 948 registros do Centro de Controle reportados por profissionais de saúde, mas apenas 2,6% deles constavam nos demais sistemas. Mathias et al.<sup>21</sup> referem que a preocupação com a melhoria da qualidade da informação sobre causas externas das internações hospitalares no Brasil não é recente, é uma questão internacional<sup>22,23</sup>. Nos Estados Unidos, observou-se que a qualidade dos dados varia muito entre os estados, sendo de melhor qualidade naqueles em que existem regras de codificação bem estabelecidas e seu cumprimento é oficialmente controlado<sup>24</sup>.

Melione e Mello Jorge<sup>25</sup> ressaltam outra possibilidade de avaliar a má classificação de tentativa de suicídios através de dados de internações hospitalares: a análise das internações codificadas no SIH/SUS como sendo causas naturais que na verdade seriam causas externas. Esses autores lembram que as hospitalizações financiadas pelo setor público no Brasil representam cerca de 75% das internações, com variações entre as regiões e os estados, em função da população que utiliza planos de saúde ou hospitais privados.

Cabe ainda lembrar que existe subnotificação nos dados do Sistema VIVA, a despeito do crescente aumento do registro de tentativas de suicídio entre idosos, observado nos anos mais recentes. Vale lembrar que os dados registrados nesse sistema deveriam ter mais fidedignidade, pois nele se prevê a inclusão de casos que não demandam internação hospitalar. Porém, ele é muito recente e só agora estudos sobre a cobertura e a qualidade dos dados começam a surgir. Abath et al.<sup>26</sup> ao analisarem dados do SINAN de Recife/PE entre 2009 a 2012 informam que, no período, houve aumento de 283,9% no número

de notificações sobre violências. As médias percentuais de completude, de consistência e de duplicidade dos dados foram, respectivamente, de 70,3% (regular), 98,5% (excelente) e 0,2% (aceitável). Os autores lembram que, apesar de desde 2009 a Vigilância sobre a Violência ter sido incorporada ao SINAN, apenas em 2010 uma Portaria do Ministério da Saúde (MS/GM nº 2.472, de 31 de agosto de 2010) colocou esse agravo na “Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas”. Mas, só em 2011, por meio da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011, a violência passou a compor a “Lista de Doenças de Notificação Compulsória Universal”. A partir de então, houve uma propulsão nas informações e no fortalecimento do VIVA.

Todos estes aspectos mencionados contribuem para um sentimento de perplexidade e introduz uma grande limitação à compreensão do fenômeno estudado. Em estudo anterior<sup>27</sup>, observou-se que os estados da Região Sul estão dentre as mais elevadas taxas de mortes de idosos por suicídio. No presente artigo, constatou-se que, justamente nesta região, se encontram as menores taxas de internação por tentativas segundo o SIH, embora segundo o sistema VIVA as tentativas partam dos mais baixos valores para os mais altos dentre as regiões. Quanto à divergência entre os óbitos e as tentativas avaliadas pela SIH: (1) é explicada pelos tipos de tentativas empregadas? (2) pelo acesso da população aos serviços privados de saúde? (3) pelos preconceitos que acompanham o comportamento suicida?; ou pela fragilidade dos sistemas de informações?; dentre outras possíveis causas? Tantas perguntas

só poderão ser respondidas com muito empenho na melhoria no atendimento oferecido às pessoas que tentam suicídio, no investimento nos distintos sistemas de informação e em pesquisas sobre o tema.

### Considerações Finais

Destaca-se a necessidade de análise e aprimoramento dos dados de morbidade hospitalar (SIH) e de notificação compulsória da violência (VIVA). Em especial, chama a atenção a redução das taxas de internação em várias regiões e o aumento ainda tímido das taxas obtidas a partir dos dados do VIVA, sistema que ainda carece de uma implementação mais consistente no país. Tais aspectos reforçam a importância de se aprimorar o conhecimento sobre as tentativas de suicídio no Brasil, especialmente no caso dos idosos, por constituírem um grupo em que as tentativas de suicídio são mais frequentes por dificuldades físicas, emocionais, sociais e contextuais do envelhecimento. Agrega-se ainda o maior risco de morte após a tentativa de morte autoinfligida.

O investimento do Sistema de Informação em Saúde deve ser feito através da melhoria da qualidade dos sistemas de mortalidade e morbidade, bem como através de inquéritos populacionais que apoiem o entendimento de tão complexo fenômeno. Mas, também, através da busca ativa de casos e de estudos em diferentes contextos, elevando a probabilidade de maior esclarecimento desse fenômeno tão estigmatizado e tão subnotificado.

### Colaboradores

LW Pinto e SG Assis participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

## Referências

1. World Health Organization (WHO). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneve: WHO; 2014.
2. World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneve: WHO; 2002.
3. Beeston D. *Older people and suicide*. Stoke on Trent. Staffordshire: Staffordshire University; 2006.
4. Mello-Jorge MHP, Laurenti R, Lima-Costa MF, Gotlieb SLD, Chiavenatto Filho ADP. A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas. *Epidemiol Serv Saúde* 2008; 17(4):271-281.
5. Tomimatsu MFA, Andrade SM, Soares DA, Mathias TAF, Sapata MPM, Soares DFPP, Souza RKT. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. *Rev Saude Publica* 2009; 43(3):413-420.
6. Pordeus AMJ, Cavalcanti LPG, Vieira LJES, Coriolano LS, Osório MM, Ponte MSR, Barroso SMC. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1731-1740.
7. Souza ER. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da Saúde Pública. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 255-273.
8. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. *As condições de saúde no Brasil: retrospecto de 1979 a 1995*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
9. Njaine K, Reis AC. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: MS; 2005. p. 313-340.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências*. Brasília: MS; 2011.
11. Santos SA, Legay LF, Aguiar FP, Lovisi GM, Abelha L. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cad Saude Publica* 2014; 30(5):1057-1066.
12. O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: Suicide in older people. *BMJ* 2004; 329(7471):895-899.
13. Conwell Y, Dubertein PR, Caine ED. Risk Factors for Suicide in Later Life. *Biol Psychiatry* 2002; 52(3):193-204.
14. SPSS for Windows [computer program]. Version 20.0.0. Chicago: IBM Corporation; 2011.
15. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, Bille-Brahe U, Arensman E, Hjelmeland H, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lonnqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Phillippe J, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Fricke S, Weinacker B, Tamesvary B, Wasserman D, Faria S. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16(3):300-310.
16. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LM. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saude Publica* 2013; 29(1):175-187.
17. Cavalini LT, Ponce de Leon ACM. Correção de sub-registros de óbitos e proporção de internações por causas mal definidas. *Rev Saude Publica* 2007; 41(1):85-93.
18. Botega NJ, Marin-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(12):2632-2638.
19. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, Tran Thi Thanh H, Phillips M, Schlebusch L, Värnik A, Vijayakumar L, Wasserman D. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med* 2005; 35(10):1457-1465.
20. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, Bruffaerts R, Chiu WT, de Girolamo G, Gluzman S, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Karam E, Kessler RC, Lepine JP, Levinson D, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Williams D. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008; 192(2):98-105.
21. Mathias TAF, Andrade SM, Tomimatsu MFAI, Soares DFPP, Sapata MPM, Frascarelli AS, Souza RKT. Confiabilidade dos diagnósticos de internações por causas externas financiadas pelo Sistema Único de Saúde em dois municípios do Estado do Paraná, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(10):4257-4265.
22. McKenzie KM, Enraght-Moony E, Harding L, Walker S, Waller G, Chen L. Coding external causes of injuries: problems and solutions. *Accid Anal Prev* 2008; 40(2):714-718.
23. LeMier M, Cummings P, West TA. Accuracy of external cause of injury codes reported in Washington State hospital discharge records. *Inj Prev* 2001; 7(4):334-338.
24. Coben JH, Steiner CA, Barrett M, Merrill CT, Adamson D. Completeness of cause of injury coding in healthcare administrative databases in the United States, 2001. *Inj Prev* 2006; 12(3):199-201.
25. Melione LPR, Mello Jorge MJP. Confiabilidade da informação sobre hospitalizações por causas externas de um hospital público em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(3):379-392.
26. Abath MB, Lima MLLT, Lima OS, Silva MCM, Lima MLC. Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol Serv Saúde* 2014; 23(1):131-142.
27. Pinto LW, Pires TO, Silva CMFP, Assis SG. Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):1973-1981.

---

Artigo apresentado em 19/03/2015

Aprovado em 31/03/2015

Versão final apresentada em 02/04/2015