

Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia

Completeness of the information system for elderly suicide in the state of Bahia

Marcela Andrade Rios¹, Karla Ferraz dos Anjos¹, Saulo Sacramento Meira¹,
Adriana Alves Nery², Cezar Augusto Casotti²

RESUMO

Objetivo: Analisar a completude dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade sobre os óbitos por suicídio em idosos no estado da Bahia, no período de 1996 a 2010. **Métodos:** Estudo epidemiológico, de desenho ecológico, com base em dados dos óbitos de idosos por suicídios, no estado da Bahia, disponibilizados no Sistema de Informação sobre Mortalidade, referentes ao período de 1996 a 2010, sendo calculada a incompletude das variáveis relacionadas aos óbitos e analisada por meio de um escore. Realizou-se análise de tendência temporal dos dados de incompletude por meio da estimação de modelos de regressão polinomial, utilizando o programa SPSS 15.0, com nível de significância de 5%. **Resultados:** Registrou-se no período um total de 625 casos de suicídio em idosos. As taxas de não completude oscilaram de acordo com a variável e o ano, destacando-se raça/cor, escolaridade, fonte de informação e assistência médica como aquelas com os maiores índices de não preenchimento. Houve tendência decrescente para a não completude dos dados quanto a grau de instrução, raça/cor, fonte da informação e realização de necropsia para confirmação da causa básica do óbito. Para as demais variáveis não foram encontrados valores estatisticamente significantes nos modelos testados. **Conclusão:** Verificou-se melhoria na completude dos dados de suicídios em idosos na Bahia, sendo observadas tendências decrescentes ou não significativas estatisticamente.

Palavras-chave

Idoso, suicídio, declaração de óbito, sistemas de informação.

ABSTRACT

Objective: To investigate the completeness of data from the Mortality Information System on deaths by suicide in the elderly in the state of Bahia in the period from 1996 to 2010. **Methods:** Epidemiological study with ecological design, based on data of elderly deaths by suicide in the state of Bahia, available on the Mortality Information System, for the period from 1996 to 2010, and it has been calculated the incompleteness of variables related to deaths and analyzed by a score. A time trend analysis was made with the incompleteness data through the polynomial regression models estimation, using the SPSS 15.0 software, with a significance level of 5%. **Results:** It has been recorded in the period a total of 625 ca-

Recebido em
11/3/2013
Aprovado em
1º/5/2013

1 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES).
2 UESB, Departamento de Saúde, PPGES.

Endereço para correspondência: Marcela Andrade Rios
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Rua José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho
45206-190 – Jequié, BA, Brasil
Telefax: (73) 3528-9738
E-mail: ppgesjq@uesb.edu.br

Keywords

Elderly, suicide, death certificates, information systems.

ses of suicide among elderly. The non-completion rates varied according to the variable and year, highlighting the race/color, education, information source and health care as those with the highest rates of non-completion. There was a decreasing trend for data incompleteness about the level of education, race/ethnicity, source of information and conducting autopsies to confirm the cause of death. For the other variables there were not found statistically significant values in the tested models. **Conclusion:** It was noticed an improvement in the completeness of data on elderly suicides in Bahia, with decreasing or not statistically significant trends being observed.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo relacionado a múltiplos fatores que variam no tempo e espaço, resultando em morte como consequência direta de atos praticados pela própria vítima, consciente em gerar tal efeito¹. Constitui um dos tipos de causas externas de morbimortalidade, que engloba o capítulo X da Classificação Internacional de Doenças, em sua 10ª revisão (CID-10). As causas externas no ano de 2010 ocuparam a terceira causa de mortes no Brasil, seguindo uma tendência observada desde a década de 1990².

As estatísticas de suicídio distribuem-se desigualmente pelo mundo, entre os sexos, grupos de idade e modo de perpetração. Em termos globais, os suicídios matam mais que os homicídios e as guerras juntos. No Brasil, foram registradas 4,9 mortes por suicídio por 100 mil habitantes no ano de 2008, colocando-o em 73ª posição mundial e no grupo com taxas consideradas baixas, mas em ascensão^{3,4}.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a idade é fator importante na configuração dos suicídios, assumindo índices de 0,9/100.000 habitantes de 5 a 14 anos e de 66,9/100.000 entre pessoas acima de 75 anos em 1995, representando no ano 2000 49,1% do total de mortes por causas violentas no mundo, fazendo o Brasil ocupar em 2005 o terceiro lugar entre as causas de morte por fatores externos⁵.

O suicídio de idosos tornou-se um problema relevante na área da saúde pública, o que vem se intensificando com o crescimento das taxas de envelhecimento populacional, ocorrendo em ritmo acelerado no Brasil. Comparando-se a proporção de idosos (acima de 60 anos) que no país era de 4,1% em 1940, passando a 8,6% em 2000, e com projeção de 15% em 2020, sendo significativa a ascendência dessa transição⁶.

Analisar as taxas de suicídio de idosos permite inferir que esse ato não possui uma única causa ou razão, mas resulta de uma complexa interação de fatores, sejam eles biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais⁴, sendo difícil explicar como a exposição aos mesmos fatores de risco implicam condutas diferenciadas, dependendo dos sujeitos envolvidos.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) desenvolvido pelo Ministério da Saúde é um produto da unificação de dados, que possui variáveis que permitem, a partir

da *causa mortis*, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde. Apresenta, ainda, a finalidade de reunir dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no Brasil.

No que se refere à qualidade dos dados disponibilizados referentes aos óbitos, notam-se limitações nas pesquisas sobre a mortalidade por suicídio, devido a incompletude das informações, especialmente ao se tratar de pessoas idosas, o que acaba interferindo no planejamento de ações para esse grupo populacional. A ocorrência de não completude de dados em episódios suicidas pode estar relacionada a motivações religiosas, sociais, culturais, entre outras, variando entre 20% e 100%, no tempo e espaço⁷. Tais distorções estão relacionadas ao estigma social acerca do óbito por suicídio, a razões jurídicas, à recusa ao ato suicida por causa de religiosidade e, ainda, à relutância ou ao preenchimento inadequado pelo profissional médico ao registrar o óbito como "morte acidental" ou "causa indeterminada"⁸.

Este estudo teve por objetivo analisar a completude dos dados do sistema de informação a respeito de mortalidade sobre os óbitos por suicídio em idosos no estado da Bahia, no período de 1996 a 2010.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, de desenho ecológico, que utilizou dados secundários sobre a completude de dados relacionados aos óbitos por suicídios referentes ao período entre 1996 e 2010. Foram incluídos os óbitos registrados no SIM, sendo classificado como causa básica da morte o suicídio, compreendendo as categorias de X60 a X84 da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), referentes ao grupo populacional idoso, composto por aqueles indivíduos com idade igual e/ou superior a 60 anos e residentes no estado da Bahia. O período de 1996 a 2010 foi escolhido por corresponder aos anos de abrangência da CID-10 até o momento.

Considera-se que uma parcela de óbitos de idosos por suicídio pode não ter sido considerada no estudo por existir subnotificação no sistema ou mesmo incompletude para essa variável, o que, por ventura, pode afetar o número final da população em estudo.

Os dados foram obtidos por via eletrônica, por meio do Departamento de Informática do SUS (Datapus) do Ministério da Saúde, sendo a coleta realizada nos meses de setembro e outubro de 2012.

As variáveis estudadas quanto ao não preenchimento, ou seja, com informações ignoradas e/ou não informadas, dizem respeito a: sexo, estado civil, escolaridade, raça/cor, local de ocorrência do óbito, assistência médica, realização de necropsia e fonte de informação.

Com a finalidade de avaliar a incompletude das variáveis estudadas, utilizou-se o escore proposto por pesquisadores em um estudo sobre a análise da completude dos dados socioeconômicos e demográficos das declarações de óbito de menores de 1 ano, por região e Unidade de Federação (UF), usando dados do SIM. A incompletude dos dados foi definida como a proporção de informações ignoradas e/ou não informadas. O escore é composto pelos seguintes graus de avaliação: excelente (não completude dos dados menor de 5%), bom (não completude de 5% a 10%), regular (não completude de 10% a 20%), ruim (não completude de 20% a 50%) e muito ruim (não completude de 50% ou mais)⁹.

A análise de tendência temporal dos dados de incompletude foi feita por meio da estimação de modelos de regressão polinomial. Os percentuais de incompletude foram considerados como variáveis dependentes (Y) e os anos da série, como variáveis independentes (X). Esta foi centralizada pelo ponto médio da série para evitar autocorrelação entre os termos da equação de regressão ($X - 2003$). A análise do melhor formato do gráfico e o valor do coeficiente de ajuste R^2 indicaram a melhor curva a ser ajustada aos dados, sendo testados os modelos de primeira ordem ($Y = \beta_0 + \beta_1 X$), 2ª ($Y = \beta_0 + \beta_1 X + \beta_2 X^2$), 3ª ($Y = \beta_0 + \beta_1 X + \beta_2 X^2 + \beta_3 X^3$) e exponencial ($Y = e^{\beta_0 + \beta_1 X}$), em que β_0 é o coeficiente médio do período e β_1 é o incremento médio anual. A escolha do melhor modelo se deu pelos seguintes critérios: melhor função de acordo com o diagrama de dispersão, melhor ajuste pela análise dos resíduos (normalidade dos erros e homocedasticidade), maior significância estatística (valor de p da ANOVA) e maior coeficiente de determinação ajustado (R^2 ajustado). O nível de significância adotado foi de 5%.

Também foram calculados os coeficientes de mortalidade por suicídio em idosos e, para verificação da tendência dos óbitos no período analisado, adotou-se o modelo de regressão linear simples ($y = \beta_0 + \beta_1 x$). O modelo foi construído com base nas taxas de mortalidade por suicídio para a faixa etária igual e/ou superior a 60 anos (y), segundo a variável ano (x), sendo calculadas também as estatísticas de ajuste de modelo (valor de R^2 ajustado e o valor de p do teste F).

Foram utilizados os programas TabWin, para tabulação dos dados e análise descritiva; Microsoft Office Excel 2007, para a construção de figuras; e SPSS, versão 15.0, para a análise de tendência.

RESULTADOS

Os suicídios foram responsáveis por 625 óbitos de pessoas idosas entre os anos de 1996 e 2010, no estado da Bahia. Na análise temporal foi possível perceber um crescimento dos coeficientes de mortalidade, registrando coeficientes de 2,23/100.000 (ano de 1996) a 4,20/100.000 habitantes (ano de 2010), com pico para o ano de 2005 (5,15/100.000), conforme visualizado na figura 1.

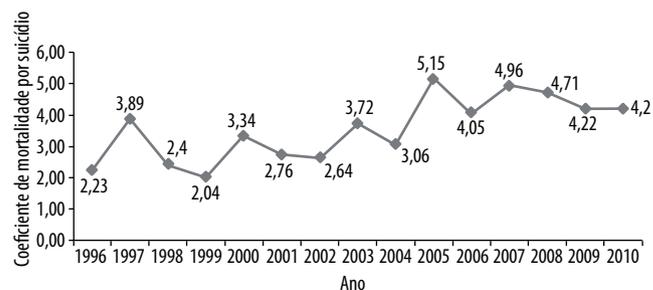


Figura 1. Evolução das taxas de mortalidade por suicídios em idosos, no estado da Bahia, no período de 1996 a 2010.

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM, 2012.

A tendência linear para as taxas de mortalidade por suicídio em idosos apresentou, como equação do modelo de regressão linear simples, $Y = -327,87 + 0,16x$, com R^2 ajustado = 0,54, $p = 0,002$, indicando tendência crescente e estatisticamente significativa.

As porcentagens de não preenchimento das variáveis sexo, estado civil, escolaridade, raça/cor, fonte de informação, local de ocorrência do óbito, assistência médica e realização de necropsia foram calculadas e analisadas por meio do escore proposto por pesquisadores⁹. Para a variável sexo foi encontrado registro dela para todos os anos estudados, sendo considerada, portanto, como preenchimento excelente. As porcentagens do não preenchimento para as demais variáveis sociodemográficas, bem como sua classificação, constam na tabela 1.

Foi possível verificar que os percentuais de não completude quanto aos dados sociodemográficos oscilaram de acordo com a variável e o ano estudado, destacando-se o grau de instrução e raça/cor como variáveis com os maiores índices de não preenchimento. Os dados referentes ao estado civil evoluíram de ruim (ano de 1996), passando por regular a bom, atingindo nível excelente de preenchimento em 2010.

Quanto à escolaridade, houve melhora no índice de não completude, embora não atingindo patamares de escore excelente, bom ou regular, passando de 61,9% no ano de 1996 para 29,5% em 2010, apresentando menor índice no ano de 2001 (23,3%).

Raça/cor constituiu a única variável sociodemográfica a apresentar 100% de não completude dos dados, registrada em 1996. Destaca-se melhora no preenchimento desse campo, que ao longo dos anos apresentou menores pro-

porções de não informação, exceto no período entre 2003 e 2007, no qual houve comportamento oscilante. No último ano estudado, 2010, atingiu a classificação excelente, com 3,3% de incompletude.

Também foram calculadas as porcentagens de não completude e sua respectiva classificação para as variáveis relacionadas ao óbito: fonte de informação, local da ocorrência, assistência médica e realização de necropsia (Tabela 2).

Tabela 1. Avaliação da não completude dos dados das declarações de óbitos por suicídio na Bahia, segundo dados sociodemográficos, no período de 1996 a 2010

Ano	Estado civil		Escolaridade		Raça/Cor		Total de óbitos
	%	Escore*	%	Escore*	%	Escore*	
1996	23,8	R	61,9	MR	100	MR	21
1997	16,2	RE	81,1	MR	81,1	MR	37
1998	8,7	B	91,3	MR	65,2	MR	23
1999	18,2	RE	68,2	MR	50,0	R	22
2000	8,3	B	33,3	R	22,2	R	36
2001	16,7	RE	23,3	R	23,3	R	30
2002	17,2	RE	44,8	R	24,1	R	29
2003	12,2	RE	36,6	R	14,6	RE	41
2004	17,6	RE	29,4	R	5,9	B	34
2005	12,1	RE	37,9	R	13,8	RE	58
2006	19,6	RE	34,8	R	8,7	B	46
2007	20,3	R	31,2	R	14,1	RE	64
2008	18,7	RE	40,6	R	10,9	RE	64
2009	10,2	RE	37,3	R	10,2	RE	59
2010	0,2	E	29,5	R	3,3	E	61

* E: excelente (menor de 5%); B: bom (5% a 10%); RE: regular (10% a 20%); R: ruim (20% a 50%); MR: muito ruim (50% ou mais).

Fonte: MS/SVS/Datasus/SIM, 2012.

Tabela 2. Avaliação da não completude dos dados das declarações de óbitos por suicídio na Bahia, segundo fonte de informação, local de ocorrência, assistência médica e realização de necropsia, no período de 1996 a 2010

Ano	Fonte de informação		Local de ocorrência		Assistência médica		Realização de necropsia		Total de óbitos
	%	Escore*	%	Escore*	%	Escore*	%	Escore*	
1996	95,2	MR	4,8	E	57,1	MR	57,1	MR	21
1997	78,4	MR	2,7	E	64,9	MR	67,6	MR	37
1998	82,6	MR	0	E	52,2	MR	47,8	R	23
1999	86,4	MR	0	E	63,3	MR	54,5	MR	22
2000	94,4	MR	5,5	B	88,9	MR	69,4	MR	36
2001	90,0	MR	0	E	90	MR	66,7	MR	30
2002	86,2	MR	0	E	86,2	MR	62,1	MR	29
2003	87,8	MR	2,4	E	90,2	MR	48,8	R	41
2004	85,3	MR	2,9	E	85,3	MR	47	R	34
2005	67,2	MR	0	E	81	MR	32,7	R	58
2006	58,7	MR	4,3	E	73,9	MR	23,9	R	46
2007	37,5	R	1,6	E	68,7	MR	23,4	R	64
2008	18,7	RE	0	E	54,7	MR	20,3	R	64
2009	27,1	R	0	E	100	MR	23	R	59
2010	22,9	R	3,3	E	100	MR	19,8	RE	61

* E: excelente (menor de 5%); B: bom (5% a 10%); RE: regular (10% a 20%); R: ruim (20% a 50%) e MR: muito ruim (50% ou mais).

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM, 2012.

Identificou-se o pior desempenho no preenchimento das variáveis, ao longo dos anos, para a assistência médica, constituindo-se a única variável a apresentar, em todo o período estudado, classificação muito ruim para a completude, atingindo porcentagens de 100% de não preenchimento nos anos 2009 e 2010.

Fonte da informação do óbito apresentou, ao longo de 11 anos (de 1996 a 2006), índices superiores a 50% de incompletude, caracterizando como dados muito ruins. A partir do ano de 2003 houve decréscimo nas taxas de incompletude até o ano de 2008, com pequena elevação em 2009, voltando a cair em 2010.

Informações quanto ao local da ocorrência do óbito apresentaram classificações excelentes ao longo dos anos, com exceção em 2000, em que 5,5% dos dados não foram preenchidos, sendo considerado como bom, segundo o escore proposto por pesquisadores⁹.

Para a variável realização de necropsia, observou-se melhora gradativa quanto ao preenchimento, atingindo nível regular no ano de 2010, com porcentagem de 19,8%, a menor entre os anos estudados para essa variável.

No tocante à análise de tendência da não completude dos dados, as equações dos modelos encontrados, valor de R² ajustado e valor de p do Teste F constam na tabela 3.

Houve tendência decrescente para a não completude dos dados quanto ao grau de instrução (R² ajustado = 0,54; p = 0,004), raça/cor (R² ajustado = 0,97; p < 0,001), fonte da informação (R² ajustado = 0,88; p < 0,001) e realização de necropsia para confirmação da causa básica do óbito (R² ajustado = 0,76; p < 0,001). Para as demais variáveis, não foram encontrados valores estatisticamente significantes nos modelos testados.

DISCUSSÃO

Há dificuldade de dimensionar o suicídio, sendo os dados registrados falhos e as taxas oficiais muitas vezes precárias. Os problemas enfrentados quanto à qualidade e à fidedig-

nidade dos registros são vários. De um lado, as informações sobre esse tipo de violência no país padecem de precisão na sua fonte de produção, como na polícia e institutos de medicina legal. Por outro lado, são, em parcela, resultados da comoção social relacionada ao suicídio não apenas do ser idoso, mas dos indivíduos em geral. É citada na literatura como um sentimento predominante, em virtude do estigma e do preconceito social, associados ao ato. A vergonha geralmente ocorre em consequência de posturas externas ao núcleo familiar, por exemplo, a reação dos amigos e vizinhos que se afastam. Na tentativa de evitar o impacto do significado do ato suicida fortemente determinado por razões socioculturais, a própria família acaba por justificar os casos de suicídios como sendo mortes por outras causas, dificultando a notificação dos episódios^{10,11}.

Existem diferenças significativas acerca dos fatores sociais de risco para suicídio em idosos, entre eles: a morte de uma pessoa querida como o cônjuge; doença terminal com dores incontroláveis; medo do prolongamento da vida sem dignidade, trazendo prejuízos econômicos e emocionais aos familiares; isolamento social; modificações nos papéis sociais que lhes conferiam reconhecimento ou situações de dependência física/mental diante das quais o idoso se sente humilhado. Entre os idosos, aqueles com idades acima de 80 anos são os que mais se envolvem com tentativas e execução do suicídio¹².

Referente à qualidade dos dados no SIM, o preenchimento das DO, instrumento utilizado para registro do óbito e, posterior, alimentação no sistema de mortalidade, parece não ser satisfatório. Embora tenha ocorrido uma melhora das taxas de completude no SIM e em outros sistemas de informação em todo o território brasileiro, ainda existe elevado número de informações ignoradas ou não preenchidas.

O SIM, apesar de representar a principal fonte de dados sobre mortalidade no Brasil, enfrenta obstáculos para melhorar a qualidade de seus dados, principalmente em razão do preenchimento inadequado da DO. O cenário de problemas apresentado sobre o preenchimento incorreto desse documento demonstra como a qualidade das informações declaradas ainda precisam de melhorias¹³.

Tabela 3. Resultados de tendência do não preenchimento das DO para as variáveis estado civil, grau de instrução, raça/cor, fonte da informação, local do óbito, assistência médica e realização de necropsia, referentes ao estado da Bahia, no período de 1996 a 2010

Variáveis estudadas	Modelo*	R ² **	Valor de p***	Tendência
Estado civil	$Y = 15,92 + 1,8X - 0,07X^2 - 0,007X^3$	0,53	0,100	Estacionária
Escolaridade	$Y = 37,08 - 3,12X + 0,45X^2$	0,54	0,004	Decrescente
Raça/cor	$Y = 14,54 - 2,93X + 0,82X^2 - 0,08X^3$	0,97	0,00	Decrescente
Fonte da informação	$Y = 80,26 - 5,29X - 0,66X^2$	0,88	0,001	Decrescente
Local do óbito	$Y = 1,14 + 0,11X + 0,23X^2 - 0,006X^3$	-0,15	0,76	Estacionária
Assistência médica	$Y = 80,26 - 5,29X - 0,66X^2$	0,15	0,062	Estacionária
Realização de necropsia	$Y = 49,13 - 3,60X - 0,26X^2$	0,76	0,001	Decrescente

* Modelo: Y = não completude dos dados de mortalidade por suicídios em idosos. X = ano - 2003.

** R² = coeficiente de determinação ajustado.

*** Valor de p do Teste F.

Fonte: MS/SVS/Datasus/SIM, 2012.

O estado civil, variável modificada a partir de 1998, apresentou uma evolução ruim (ano de 1996), passando por regular a boa, atingindo o nível excelente de preenchimento em 2010 nas DO por suicídio geral no Brasil. Ainda, o estudo demonstra um padrão de preenchimento um tanto baixo na maioria das UF para a variável estado civil, descrevendo uma tendência crescente das taxas de não completude dessa variável nas DO por suicídio na Região Sudeste e no Brasil. Destaca-se uma linha ascendente de não completude da variável ao longo do tempo, em especial no Espírito Santo, o qual demonstra acentuada piora na qualidade da informação a partir de 2003¹⁴.

Os resultados do estudo demonstram uma melhora do preenchimento da variável estado civil no estado da Bahia. A informação quanto ao estado civil é uma das variáveis importantes para entender o suicídio, especialmente em idosos, uma vez que aqueles indivíduos que perderam seu cônjuge (viúvos) têm maior probabilidade de cometer o ato suicida.

A variável escolaridade teve suas alternativas também modificadas a partir de 1998. Em 2003 apresentou os percentuais de ignorado/branco elevado, para todas as áreas geográficas (Brasil, regiões e estados). A Região Nordeste apresentou os percentuais mais elevados (47,6%), com destaque para o estado de Sergipe (68,1%), seguido de Alagoas (66,0%). O estado do Mato Grosso teve os valores mais baixos (14,5%)¹⁵. No estado do Espírito Santo, o percentual variou de 85,7%, em 2000, a 83,8%, em 2007. Assim, verifica-se que não houve melhora significativa na qualidade do preenchimento dessa informação, mantendo-se elevados índices de incompletude durante os 12 anos em análise. Nesse sentido, observou-se tendência estável dos percentuais de incompletude das DO por suicídio considerando todas as faixas etárias no estado¹⁴.

Os resultados encontrados no presente estudo mostram uma tendência decrescente do preenchimento da variável escolaridade para suicídios em idosos, o que indica melhoras no preenchimento das DO, embora o escore ainda se encontre elevado, considerado ruim.

A variável raça/cor foi incluída na DO em 1996. Em seus anos iniciais de vigência, o preenchimento foi baixo, porém, com o passar dos anos, houve melhora. Em 2003, para o Brasil, o índice de ignorado/branco foi de 10,3%, enquanto, tratando-se de regiões, o Nordeste teve os valores mais elevados (21,3%), e as demais apresentaram percentuais abaixo de 10%. No ano em que foi inserido o quesito raça/cor na DO, o percentual de incompletude foi de 96,7%. Mesmo com melhoria no preenchimento em 1997, o percentual de não informados ainda foi superior a 50%. A partir de 2000, o preenchimento torna-se melhor, chegando a 15% os não informados¹⁵.

Neste estudo, também se verificou que no ano em que foi introduzida a variável raça/cor na DO (1996), o não preenchimento foi total, 100%. No decorrer dos anos houve tendência decrescente das taxas de incompletude no preen-

chimento, o que evidencia melhora na informação dessa variável, com escore considerado excelente.

A tendência decrescente para o preenchimento da variável raça/cor em caso de suicídio geral foi encontrada em estudo no estado do Espírito Santo, onde as porcentagens de dados ignorados/não informados para essa característica variaram de 100% em 1996 para 19,1% em 2007¹⁴.

A análise dos dados referente à fonte de informação permitiu identificar os piores índices de incompletude entre os anos de 1996 a 2006, que, apesar de melhoras a partir de 2007, se manteve com escore considerado ruim. Mesmo sendo essa variável relevante, nem sempre é preenchida corretamente, apresentando, assim, possíveis déficits de informações advindas do boletim de ocorrência, hospital e família, que poderiam identificar prováveis circunstâncias de causas não naturais, como o suicídio.

Em razão da não completude de dados na DO de idosos, alguns autores inferem a necessidade de realizar o método da autópsia psicológica e psicossocial, visto que o objetivo dele é coletar e analisar informações das circunstâncias e contexto do óbito de determinado indivíduo, como meio para auxiliar médicos legistas a esclarecerem a causa do óbito tida como indeterminada e que poderia estar associada a uma causa natural, acidental, suicídio ou homicídio. O método também é utilizado para conhecer as razões que motivaram mortes autoinfligidas e para confortar os familiares dos que assim haviam falecido^{16,17}. Por isso, é relevante a consistência das informações prestadas nas DO e que elas sejam de qualidade, pois servirão para o planejamento e a execução de ações preventivas de suicídio.

Informações quanto ao local da ocorrência do óbito apresentaram classificações excelentes ao longo dos anos, com exceção de 2000, no qual 5,5% dos dados não foram preenchidos. Os resultados demonstram baixa taxa de não completude, podendo estar atrelada aos procedimentos na abordagem ao episódio suicida.

O melhor conhecimento da análise espacial desse evento exige identificação primária para que se possa prosseguir com a execução dos demais procedimentos técnicos, sendo um indicador importante para as intervenções dirigidas à prevenção e ao controle dos danos à saúde. Portanto, com a identificação das áreas geográficas e de seus fenômenos, é possível apontar grupos populacionais que apresentem as maiores taxas de suicídio e necessitem de atenção.

Os resultados do presente estudo demonstram uma tendência decrescente para a não completude dos dados quanto à realização de necropsia para confirmação da causa básica do óbito. Pesquisadores afirmam que essa queda é observada no Brasil e ao mesmo tempo relatam que as causas que provocaram a redução da mortalidade por causas mal definidas no país são de difícil análise, em virtude da baixa qualidade dos dados disponíveis. Fatores como o aumento na cobertura da assistência médica, associado ao tra-

balho de divulgação e estímulo crescente para a maior capacitação dos profissionais médicos, parece funcionar como importante estratégia, principalmente nas regiões onde a proporção dessas mortes é mais elevada a despeito da indisponibilidade tecnológica para o diagnóstico médico¹⁸.

Do ponto de vista da saúde pública, há relação entre ideação, tentativas e o próprio ato do suicídio entre idosos, de tal maneira que as manifestações do desejo de se matar ou alguma ação nesse sentido devem ser tratadas o mais precocemente possível; para isso, é preciso investigar as causas mais próximas, no intuito de evitar a consumação do ato, uma vez que é possível prevenir o suicídio atuando nos fatores associados¹².

Os resultados obtidos no estado da Bahia mostram que não é satisfatório o preenchimento das DO, fato encontrado também por outros pesquisadores^{14,19,20}. Nesse sentido, algumas medidas poderiam ser implementadas com vistas ao melhoramento da completude dos dados nas DO, tais como a valorização nos currículos médicos e a qualificação dos profissionais quanto ao preenchimento completo, correto e fidedigno das declarações de óbito; implantação, fortalecimento e atuação de núcleos hospitalares de epidemiologia; investimento na instrução de funcionários administrativos e digitadores sobre as normas, rotinas e fluxos do processamento das declarações de óbito e adoção de métodos de supervisão, acompanhamento e controle de qualidade do SIM. Além dessas estratégias, a implantação e a atuação de vigilâncias de óbito e de comitês de mortalidade para a investigação e discussão sistemática de óbitos ocorridos em determinada localidade contribuem também para a busca de qualidade na informação¹⁹⁻²¹.

CONCLUSÃO

A completude dos dados no SIM por suicídios em idosos no estado da Bahia no período analisado demonstrou melhoria no preenchimento quanto às características sociodemográficas relacionadas ao grau de instrução e raça/cor. Encontrou-se completude de todos os dados registrados para o sexo. Fonte de informação e realização de necropsia também apresentaram decréscimo na incompletude nos anos estudados. Ressalta-se a importância de adoção de medidas com vistas a aumentar a completude no preenchimento dos dados na DO para melhorar a qualidade das informações referentes às circunstâncias dos óbitos, bem como dos grupos populacionais com risco ao suicídio.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Marcela Andrade Rios, Karla Ferraz dos Anjos e Saulo Sacramento Meira – Participaram na concepção e no de-

senho do estudo, na análise e interpretação dos dados e na elaboração do artigo.

Adriana Alves Nery e Cezar Augusto Casotti – Participaram na análise e interpretação dos dados e na elaboração do artigo.

CONFLITOS DE INTERESSE

Nenhum.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão de bolsas de mestrado acadêmico.

REFERÊNCIAS

1. Meleiro AMAS. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(2):105.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Informações de Saúde. Óbitos por causas externas – Bahia. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10ba.def>>. Acessado em: 21 nov. 2012.
3. Pinto LW, Silva CMFP, Pires TO, Assis SG. Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(8):2003-9.
4. Minayo MCS, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RMN. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. *Rev Saude Publica.* 2012;46(2):300-9.
5. Mascarenhas MDM. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006. *Epidemiol Serv Saúde.* 2009;18(1):17-28.
6. Vebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva.* 2007;4(17):135-40.
7. Vannoy SD, Duberstein P, Cukrowicz K, Lin E, Fan MY, Ünützer J. The relationship between suicide ideation and late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007;15(12):1024-33.
8. Volpe FM, Corrêa H, Barrero SP. Epidemiologia do suicídio. In: Corrêa H, Barrero SP. *Suicídio: uma morte evitável.* São Paulo: Atheneu; 2006. p. 10-27.
9. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saude Publica.* 2006;22(3):673-84.
10. Figueiredo AEB, Silva RM, Mangas RMN, Vieira LJES, Furtado HMJ, Gutierrez DMD. Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(8):1993-2002.
11. Minayo MCS. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cad Saude Publica.* 1998;14(2):421-8.
12. Minayo MCS, Calvacante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saude Publica.* 2010;44(4):750-7.
13. Mendonça FM, Drumond E, Cardoso AMP. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. *R Bras Est Pop.* 2010;27(2):285-95.
14. Macente LB, Zandonade E. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na Região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3):173-81.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2005.pdf>. Acessado em: 19 dez. 2012.
16. Cavalcante FG, Minayo MCS, Meneghel SN, Silva RM, Gutierrez DMD, Conte M, et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2039-52.
17. Cavalcante FG, Minayo MCS. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):1943-54
18. Rozman MA, Eluf-Neto J. Necropsia e mortalidade por causa mal definida no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;20(5):307-13
19. Vanderlei LC, Arruda, BKG, Frias PG, Arruda S. Avaliação de qualidade do preenchimento das DO em unidade terciária de atenção à saúde materno infantil. *Inf Epidemiol SUS*. 2002;11(1):7-14.
20. Costa JMBS, Frias PG. Avaliação da completude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Suppl 1):1267-74.
21. Vanderlei LC, Arruda, BKG, Frias PG, Arruda S. Avaliação da confiabilidade da causa básica de óbito em unidade terciária de atenção à saúde materno infantil. *Inf Epidemiol SUS*. 2002;11(1):15-23.