

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS
Escola de Administração – EA
Cursos de Especialização em Gestão Pública, Municipal e Gestão em
Saúde – UAB/CAPES

Nátali Leorato Zen

Comparativo dos dados de suicídio no Rio Grande do Sul nos
sistemas de informação nacionais.

Porto Alegre, junho de 2012

Nátali Leorato Zen

Comparativo dos dados de suicídio no Rio Grande do Sul nos sistemas de informação nacionais.

Trabalho de Conclusão de Especialização apresentado ao programa de Pós Graduação em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Paul Douglas Fisher, PhD

Porto Alegre, junho de 2012

RESUMO

O suicídio representa um problema de saúde pública. Informações amplas e confiáveis são necessárias para que os gestores possam planejar ações de controle. Os sistemas de informação em saúde possibilitam a análise da situação de saúde no nível local permitindo conhecer as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença. O objetivo deste estudo é analisar os índices epidemiológicos dos óbitos por suicídio registrados no Rio Grande do Sul, Brasil considerando a diferença dos sistemas de informação do DATASUS: SIM e SINAN como uma estimativa da subnotificação. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa descritiva retrospectiva baseado em dados do SIM e SINAN disponíveis na internet. Como resultado identificou-se que o SIM apresenta dados mais fidedignos e confiáveis permitindo planejar e intervir no problema da violência autoprovocada. Já o SINAN, mesmo sendo compulsório a todos os profissionais da saúde, muitos óbitos não são notificados. Há um aumento do número de notificações em algumas regionais de saúde quando comparado os anos de 2010 e 2011. Conclui-se que o cruzamento de dados entre o SIM e o SINAN para a detecção de óbitos por suicídio é uma maneira de que todos os casos sejam notificados e posteriormente investigados visto que não há uma comunicação automática hoje existente.

Palavras-chaves: 1. Suicídio; 2. Notificação Compulsória; 3. Sistema de Informação em Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Óbitos por suicídio notificados no SINAN e no SIM no ano de 2010.....	20
Figura 2- Taxa de suicídio no Rio Grande do Sul no período de 2000-2009.....	21
Figura 3- Notificações de suicídio registrados no SINAN.....	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CENEPI: Centro Nacional de Epidemiologia

CID-10: Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

DO: Declaração de Óbito

OMS: Organização Mundial da Saúde

SES/RS: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIS: Sistema de Informação em Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVOS	10
3.1 OBJETIVO GERAL.....	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
4 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS.....	11
4.1 ÁREA DE ESTUDO	11
4.2 PERÍODO DE ESTUDO.....	11
4.3 TIPO DE ESTUDO	11
4.4 VARIÁVEIS UTILIZADAS	11
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	12
5 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	13
5.1 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	14
5.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	16
5.2.1 Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.....	17
5.2.2 Sistema de Informações de Mortalidade	18
5.3 O PROBLEMA DA SUBNOTIFICAÇÃO DE SUICÍDIO NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	19
6.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

A informação é entendida como o conhecimento obtido através de dados implicando em interpretação por parte do usuário sendo um instrumento essencial para a tomada de decisão em saúde (BRASIL, 2002). O objetivo do sistema de informação em Saúde (SIS), na concepção do Sistema Único de Saúde/SUS (2002), é possibilitar a análise da situação de saúde no nível nacional, estadual e municipal. Os municípios têm a responsabilidade de alimentar os sistemas de informações em saúde. Em seguida os dados podem ser agregados para produzir informação aos níveis superiores.

A precisão dos dados, incluindo os referentes ao suicídio, determina a qualidade das informações geradas nos SIS, o que pode ser influenciado por vários fatores. Um fator importante que influencia a qualidade da informação em saúde é a subnotificação dos casos de suicídio. O suicídio é um problema notificável e assim é a responsabilidade dos profissionais e gestores a fornecer dados acurados para gerar informação de qualidade (LIMA, 2010). Abasse (2009) identifica alguns fatores que interferem na produção de informação útil, entre os quais, é a subnotificação de dados e falhas nos registros. Para que se possam utilizar os dados de suicídio de determinadas aglomerações geográficas, os gestores devem estar cientes da falta de precisão dos dados fonte e ter certos cuidados ao analisar as taxas de suicídio.

A partir da publicação da Portaria Estadual 244/2008 da SES/RS que complementa a portaria SES/RS 40/2004 amplia a notificação compulsória de todos os casos, suspeita ou confirmada, de violência. (RIO GRANDE DO SUL, 2009). A lei Federal Nº 104, de 25 de janeiro de 2011, conforme o Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), torna a violência doméstica, sexual e outras violências, notificações compulsórias em todo o território nacional. Os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) são alimentados pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos citadas na lista de doenças de notificação compulsória. (BRASIL, 2011). Desse modo, o suicídio, por ser uma violência auto provocada, deve ser notificado obrigatoriamente. O SINAN é um dos sistemas de informação que fornece informações importantes sobre lesões auto provocadas relacionada à vigilância epidemiológica. Outra importante fonte de informação sobre o suicídio é o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Parecido com o SINAN, a informação fornecido pelo SIM subsidia o planejamento e a avaliação de ações em saúde desde que permita ao gestor, construir o perfil de mortalidade da população em seu território (BRASIL, 2011). Neste sentido, conhecer o panorama epidemiológico do suicídio é importante para que gestores da saúde possam intervir com políticas preventivas diminuindo estes números significativos mundiais que hoje é um problema de saúde pública em todas as regiões.

Jorge (2002) refere que as informações sobre os eventos da violência são importantes para o monitoramento de sua tendência no país, como também o impacto das intervenções e políticas públicas. Este mesmo autor relata que conhecer quem é mais vulnerável e outras características com informações fidedignas é imprescindível.

2 JUSTIFICATIVA

O interesse por esta temática surgiu devido aos vários casos atendidos de lesões autoprovocadas, que levam ou não ao óbito, durante minha atuação profissional, seja como profissional assistencial no nível primário desenvolvendo atividades na prevenção em saúde, seja no setor de vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis. A atuação de profissionais da saúde mental na comunidade são cada vez maiores, associadas a profissionais de educação física, psicologia entre outros. Porém, não se consegue identificar se as atividades realizadas estão sendo efetivas devido à subnotificação dos casos pelos sistemas de informação. O ato suicida atravessa séculos e importantes avanços epidemiológicos vêm sendo estudados e implantados nos últimos anos para que se obtenha um entendimento maior da dimensão do problema.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os índices epidemiológicos dos óbitos por suicídio registrados no Rio Grande do Sul, Brasil considerando a diferença dos sistemas de informação do DATASUS: SIM e SINAN como uma estimativa da subnotificação.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Calcular o número de mortalidade por suicídio nas regionais de saúde do Rio Grande do Sul segundo os dados do DATASUS - SIM e do SINAN.
- Comparar os dados dos óbitos por suicídio do DATASUS - SIM e do SINAN estimando a subnotificação.
- Calcular a taxa de óbitos por suicídio no SIM projetando a média temporal linear.
- Identificar as regionais de saúde com maior ocorrência de subnotificação de óbitos por suicídio.
- Propor intervenções administrativas para minimizar a taxa de subnotificação.
- Posicionar a região de saúde de Caxias do Sul, RS, Brasil nos resultados encontrados.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 ÁREA DE ESTUDO

A área do estudo consistiu a pesquisa no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do DATASUS disponível na internet e fornecidos pelo Ministério da Saúde.

4.2 PERÍODO DE ESTUDO

A pesquisa foi constituída pelos óbitos no Estado do Rio Grande do Sul no período de 2000 a 2009 registrados no sistema de informação do DATASUS – SIM. No sistema de informação SINAN foi selecionado os anos de 2010 e 2011 disponíveis para pesquisa na internet.

O período selecionado para cálculo do número de suicídios refere-se ao período de vigência da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

4.3 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa descritiva retrospectiva baseado em dados secundários. Conforme Cervo e Brevian (2002), a pesquisa descritiva procura descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características.

4.4 VARIÁVEIS UTILIZADAS

No banco de dados do sistema de informação sobre informações de saúde, foram selecionados os dados de mortalidade incluídos os que possuíam como causa básica o suicídio. O período selecionado para cálculo do número de suicídios refere-se ao período de vigência da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a qual compreende as categorias X60 a X84. Também nas seleções disponíveis, foi selecionado o município de ocorrência do óbito.

No Sinan foram pesquisados nas tabulações incluídas na seleção violências domésticas, sexual e outras violências disponibilizadas na internet, os óbitos por municípios notificantes, sendo que foram selecionados as lesões autoprovocadas que evoluíram ao óbito. Os municípios que notificaram em 2010 automaticamente foram organizados em regionais de saúde para o estudo, ressaltando que no Rio Grande do Sul a notificação de violência doméstica sexual e outras violências, incluindo o suicídio nas lesões autoprovocadas que evoluíram a óbito se tornou compulsório desde 2008.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados comparativamente com auxílio de tabelas do programa Excel. Para cálculo dos óbitos por suicídio no SIM os municípios foram divididos por regional de saúde do estado do Rio Grande do Sul num total de 19 regionais e realizado um cálculo da média e desvio padrão calculando a tendência temporal.

Os dados do Sinan foram calculados apenas nos períodos de 2010 e 2011, o que dificultou a análise de tendência temporal comparativa ao SIM.

5 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

Suicídio, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001, p.36), é considerado “... um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal.” O relatório de saúde da OMS de 2001 aponta que o suicídio se encontra nas três primeiras causas de morte em adultos jovens representando uma enorme perda para a sociedade em pessoas jovens nos anos produtivos da vida. Já a tentativa de suicídio ainda é muito maior, os dados da OMS (2001) mostra que os números podem chegar a ser 20 vezes maior que os números de suicídio consumado, sendo que em 2000 houve 814.000 mortes por lesões auto provocadas. Estes dados demonstram que há necessidade de medidas preventivas, pois pode ser considerado um problema de saúde que necessita de intervenção em todas as esferas do governo.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) mostra que o suicídio é um problema de saúde pública mundial, sendo que é mais comum, entre outros fatores, em indivíduos com níveis socioeconômicos e escolaridade baixa. Diante destes dados, é imprescindível que as estimativas de taxas de suicídio sejam confiáveis para que políticas públicas sejam implantadas capazes de diminuir estes números. Porém, conforme afirma Corrêa (1996), as estatísticas de suicídio nos países como o Brasil, não são totalmente confiáveis por várias razões. Um dos motivos é que muitos dos óbitos são classificados como ignorados, não condizendo com o ocorrido, sem ser investigados por autoridades, como também a não notificação dos casos de suicídio no SINAN.

Ainda sobre a OMS (2001), um milhão de pessoas em todo o mundo comete suicídio por ano e entre 10 a 20 milhões tentam suicidar-se. Estes números podem alertar os profissionais de saúde para que possam diminuir as prevalências deste fenômeno mundial.

Os dados epidemiológicos do Brasil, considerando as diversas regiões, nem sempre são convergentes com as taxas anuais devendo ser considerado as proporções geográficas e as diferenças culturais além das limitações e falhas nos sistemas de informações disponíveis, como a subnotificação dos casos (BAPTISTA, 2004). A subnotificação de casos de suicídio, ou seja, o desconhecimento pela vigilância epidemiológica de parte dos casos ocorridos implica numa estimativa

equivocada da magnitude e ocasiona sub-alocação de ações e recursos para o enfrentamento do problema na saúde mental (BAPTISTA, 2004). Desse modo, a subnotificação dos óbitos dificulta as ações dos gestores, pois os mesmos utilizam estas informações em busca de recursos para o combate a esta epidemia silenciosa.

O grande e crescente número de pessoas, de todas as idades e de ambos os sexos, que vêm sofrendo agravos à própria saúde cometidos por ações intencionais de outras pessoas ou pelas próprias ações ocasionando mortes prematuras e lesões incapacitantes, traumas pessoais, sociais e prejuízos econômicos, é uma forte razão para que se reúnam esforços de todos os profissionais da saúde no sentido de compreender e enfrentar o fenômeno da violência notificando os casos ocorridos (RIO GRANDE DO SUL, 2009). Com isto, a vigilância epidemiológica e o sistema de saúde como um todo poderão intervir com base em dados confiáveis e de qualidade.

Todos os países, regiões, estados e municípios precisam ter informação de saúde de boa qualidade para fazer vigilância, direcionar estratégias, organizar e avaliar programas e serviços de saúde (FAÇANHA, 2006). A qualidade da informação e a confiabilidade dos dados permitirão a utilização mais eficiente e apropriada dos recursos destinados a saúde e administração dos mesmos as regiões de maior necessidade.

5.1 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Na década de 60 fortaleceu-se internacionalmente, um novo conceito ainda mais abrangente de vigilância epidemiológica, passando, então, a ser definida como “o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com a finalidade de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças” (BRASIL, 2002). No Brasil, o conceito de vigilância epidemiológica segundo a lei 8080 é “o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.” Este conceito de vigilância

epidemiológica permite integrar as ações preventivas com as ações assistências, o que facilita o trabalho da vigilância redirecionando as responsabilidades e funções para o nível local de forma descentralizada.

A vigilância epidemiológica tem o propósito de subsidiar o planejamento, a organização e operacionalização dos serviços de saúde, como também a normatização das atividades técnicas correlatas através da disponibilização de informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças, agravos e dos fatores que as condicionam numa área geográfica ou população definida. Incluem a coleta de dados, o processamento, análise e interpretação dos dados, realizando recomendações das medidas de controle necessárias, promoção das ações de controle, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e a divulgação de informações pertinentes a população e aos profissionais de saúde envolvidos. O cumprimento dessas funções depende da disponibilidade de informações, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento entre outros fatores (BRASIL, 2002).

A principal fonte de notificação da vigilância epidemiológica é a notificação compulsória de doenças. A lista nacional das doenças de notificação vigente contém alguns agravos e doenças de interesse sanitário para o País e compõe o Sistema de Doenças de Notificação Compulsória (BRASIL, 2002). Com várias revisões em função de novas ações programáticas instituídas para controlar problemas específicos de saúde, em 1998, o Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI promoveu uma ampla revisão, o que resultou na explicitação de conceitos técnicos sobre o processo de notificação e os critérios utilizados para a seleção de doenças e agravos notificáveis (BRASIL, 2002). Porém, os estados e os municípios poderão incluir doenças ou agravos se considerarem necessários e condizentes desde que esteja estabelecido os fluxos e não sobrecarregue os serviços com formulários desnecessários. Os critérios estabelecidos para a seleção das doenças incluem a magnitude da doença, o potencial de disseminação, a transcendência, a vulnerabilidade e os compromissos internacionais.

Entende-se por notificação como a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde feita à autoridade sanitária, realizada sigilosamente por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para a adoção de medidas de intervenção cabíveis (BRASIL, 2004 *apud* OLIVEIRA, 2008). O caráter compulsório da notificação implica em responsabilidades formais para todo cidadão

e uma obrigação inerente ao exercício da profissão de todos os profissionais da área da saúde. Entretanto, sabe-se que existe subnotificação, o que limita a representatividade e a abrangência dos dados (BRASIL, 2004 *apud* OLIVEIRA, 2008). Assim, para que se possa trabalhar com dados de qualidade, é necessário que se tenha cautela ao utilizar os dados disponíveis hoje nos sistemas de informação para que o objetivo inicial seja alcançado pelos gestores.

A Investigação Epidemiológica é um procedimento considerado obrigatório em todo o sistema local, sendo iniciado imediatamente após a notificação de casos isolados ou agregados de doença/agravo ou até mesmo o suicídio, sejam eles suspeitos, clinicamente declarados, ou mesmo contatos, para que as autoridades sanitárias considerem necessário dispor de informações complementares (BRASIL, 2002).

A vigilância epidemiológica não engloba apenas as doenças transmissíveis. Com o passar do tempo, houve profundas transformações no perfil populacional brasileiro, diminuindo a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e aumentando consideravelmente as mortes por causas externas e doenças crônicas (BRASIL, 2002). Assim, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis passou a compor a vigilância epidemiológica resultando em avanços necessários as práticas preventivas e assistenciais do âmbito da saúde.

5.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O SIS é um conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados, que atuam integradas e articuladamente, com o objetivo de atender às demandas e necessidades, para o qual foi concebido (BRASIL, 2002). O SIS é parte dos sistemas de saúde e integra suas estruturas organizacionais e é constituído por vários sub-sistemas com o propósito de facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões. Mas para isso, deve contar com os requisitos técnicos e profissionais necessários ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações (BRASIL, 2002).

Um dos objetivos básicos do Sistema de Informação em Saúde, na concepção do Sistema Único de Saúde é possibilitar a análise da situação de saúde

no nível local, tomando como referencial microrregiões homogêneas e considerando, necessariamente, as condições de vida da população, na determinação do processo saúde-doença (BRASIL, 2002). Com isso os municípios adquirem maior autonomia com melhorias para fortalecer o controle social. Branco (1996) também afirma isto, esclarecendo que “o processo de descentralização não deve restringir-se a ações e serviços de saúde, mas contemplar também a descentralização da informação, elemento imprescindível à busca de maior autonomia municipal”.

O SIS está estruturado principalmente para adquirir, organizar e analisar dados, com o intuito de proporcionar a produção de diagnósticos da situação saúde e a avaliação do impacto das políticas públicas no estado de saúde da população onde é compartilhado também pela epidemiologia e pelo planejamento e gestão (LESSA, 2000 *apud* OLIVEIRA 2008). Constitui assim, uma ferramenta importante na avaliação das ações de saúde no nível local permitindo adequar as ações conforme a real necessidade da população abrangente.

5.2.1 Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

O Sistema de Informação e Agravos de Notificação é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória (Portaria GM/MS Nº 2325 de 08 de dezembro de 2003). Este sistema tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados como rotina pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, através de uma rede informatizada apoiando o processo de investigação dando subsídios à análise das informações das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2007). Desde 2008 que o estado do Rio Grande do Sul tornou compulsório a notificação dos casos de violência incluindo as lesões autoprovocadas. Porém, só a partir de 2010 que efetivamente os municípios estão realizando a notificação de casos.

O Sinan permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2011). Também, o Sinan, além de vir a

indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribui para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área.

Conforme Brasil (2002), a alimentação do banco de dados do Sinan permite calcular a incidência, prevalência, letalidade e mortalidade, bem como realizar análises, de acordo com as características de pessoa, tempo e lugar, particularmente, no que tange às doenças transmissíveis de notificação obrigatória e as violências (doméstica, sexual e outras violências).

A ficha de notificação/investigação é padronizada para cada doença, casos suspeitos ou confirmados, sendo considerado compulsório para todos os profissionais da saúde (BRASIL, 2007). Importante ressaltar que a simples suspeita da doença ou violência deve ser notificado para que não haja perda da oportunidade de adoção das medidas de prevenção e controle indicadas. Também, a notificação deverá ser sigilosa respeitando os direitos do cidadão.

5.2.2 Sistema de Informações de Mortalidade

O SIM foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975 para a obtenção regularmente de dados sobre mortalidade em todo o País. A partir da criação foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base destes dados é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área, podendo produzir estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde (BRASIL, 2011). A análise dessas informações também pode disponibilizar estudos, não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sócio-demográfico.

O SIM se integra ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) como fonte de dados principal, quando há falha de registro de casos no Sinan, ou como fonte complementar, disponibilizando informações sobre as características de pessoas, tempo, lugar, assistência prestada ao paciente, causa básica e associada de óbito (OLIVEIRA, 2008). O documento padrão do SIM é a Declaração de Óbito (DO) utilizada pelos cartórios para emitir a declaração de óbito (BRASIL, 2011).

A obrigatoriedade de preenchimento desse instrumento, para todo óbito ocorrido, é determinada pela lei federal nº 6.015/73 (BRASIL, 2002). O preenchimento da DO deve ser realizado exclusivamente por médicos, exceto em locais onde não existam esses profissionais disponíveis, situações que poderá ser preenchida por oficiais de Cartórios de Registro Civil, sendo também assinadas por duas testemunhas.

5.3 O PROBLEMA DA SUBNOTIFICAÇÃO DE SUICÍDIO NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A subnotificação de casos de suicídio e também das demais doenças e agravos de notificação compulsória são identificados nos níveis hierárquicos, estadual ou federal (BRASIL, 2002). Inclui-se também dados de má qualidade, aqueles oriundos de fichas de notificação ou investigação com a maioria dos campos em branco, incongruências de informações, duplicidades de registros, entre outros problemas. Pelo fato de que a entrada dos dados se dá a nível municipal, aponta para a necessidade de uma avaliação sistemática da qualidade da informação coletada e digitada nos municípios (BRASIL, 2002). Assim, é possível utilizar por completo os dados em todo o território nacional indispensáveis ao cálculo de indicadores importantes tais como as taxas de incidência, letalidade e mortalidade, coeficiente de prevalência, entre outros.

Façanha (2005) em seu estudo sobre a subnotificação de casos de tuberculose que evoluíram a óbito em Fortaleza, Ceará, analisou os sistemas de informação SIM e SINAN concluindo que houve grande subnotificação dos casos de tuberculose no SINAN o que pode contribuir para uma falsa sensação de redução dos óbitos. Outro estudo de Façanha *et al* (2006) sobre a subnotificação de casos de hanseníase utilizando os dados do SINAN conclui que cerca de 15 % dos casos de hanseníase, cujo atendimento foi registrado nas unidades de saúde de Fortaleza, deixaram de ser notificados no SINAN da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, o que contribui para a falsa impressão de redução da endemia nesse município.

Em outro estudo sobre a estimativa de subnotificação de casos de AIDS em Fortaleza - CE (GONÇALVES, 2006) utilizando como referencia de dados o SINAN

comparando com outras fontes como o SIM considera que a subnotificação dos casos de AIDS representa um dos principais problemas enfrentados pela vigilância epidemiológica. Este estudo mostrou que em Fortaleza no período de 2002 e 2003 houve cerca de 33 % de subnotificação de casos no SINAN.

A subnotificação de doenças, agravos e eventos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação compromete as ações do poder público para enfrentar os problemas de saúde pública (PARANÁ, 2011). Há a necessidade de que as políticas e os programas sobre saúde mental sejam embasados em estatísticas confiáveis direcionadas as regiões que apresentem a real necessidade. Isto permite proporcionar à população as ações e programas direcionados aos problemas encontrados onde, hoje, há uma carência em recursos na área da saúde mental capacitados e especializados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na figura 1 encontram-se as notificações de óbitos nos sistemas de informação em saúde SIM e SINAN no ano de 2010 por regional de saúde no estado do Rio Grande do Sul. Observa-se que em todas as 19 regionais de saúde houve subnotificação de óbitos por suicídio no Sinan quando comparados os dois sistemas de informação.

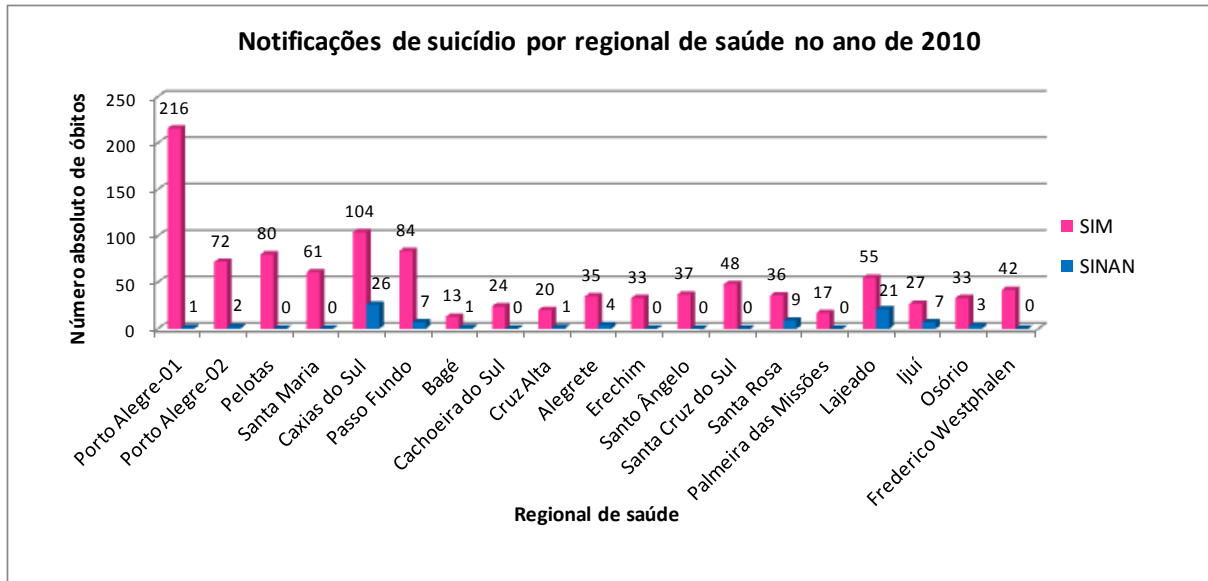


FIGURA 1 - Óbitos por suicídio notificados no SINAN e no SIM no ano de 2010 por regional de saúde no estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Dentre os dois sistemas de informação fica claro que o SIM apresenta dados mais fidedignos e confiáveis permitindo planejar e intervir no problema da violência autoprovocada. Porém, sabe-se que estes números poderiam ser maiores, visto que muitos atestados de óbitos omitem a intenção do suicídio em mortes oficialmente causadas por acidentes de trânsito, overdose, quedas entre outros (TRIGUEIRO, 2007).

Percebe-se que o Sinan, mesmo sendo compulsório a todos os profissionais da saúde, muitos óbitos não são notificados. Para diminuir os altos índices de subnotificação de óbitos por suicídio no Sinan seria possível uma integração maior dos sistemas com conferências automáticas permitindo a vigilância em saúde investigar os casos e planejar ações nas regiões mais necessitadas.

A taxa de suicídio apresenta uma tendência temporal crescente segundo a figura 2 que mostra uma média das regionais de saúde entre 2000 e 2009 segundo

os dados do SIM. A regional de Caxias do Sul apresenta uma diminuição nas taxas frente à média estadual a partir do ano de 2007. Um dos fatores associados, onde minha atuação profissional permite-me concluir, se dá pelo fato de que a região de Caxias do Sul está investindo na saúde mental cada vez mais com parcerias de entidades filantrópicas e também em profissionais capacitados para os atendimentos às tentativas de suicídio e consequentemente evitando o óbito.

Outro fator importante é que as tentativas de suicídio quando notificadas no Sinan são investigadas por profissionais da rede básica de saúde e consequentemente encaminhadas aos profissionais da saúde mental para atendimento adequado. Este elo estabelecido pela rede de saúde faz com que muitos óbitos sejam evitados.

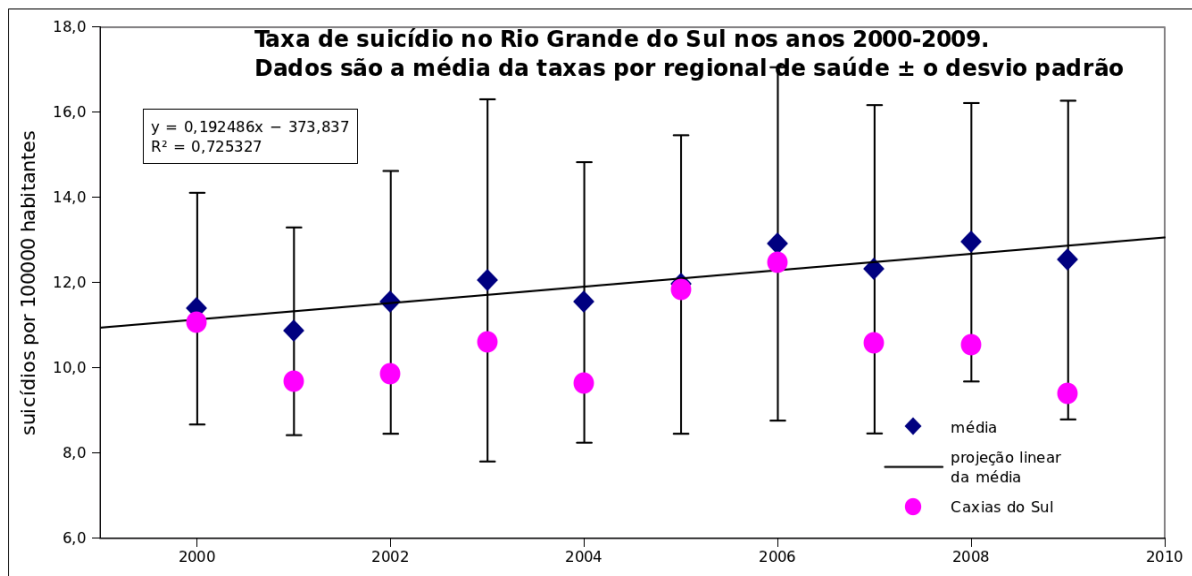


GRÁFICO 2 - Taxa de suicídio no Rio Grande do Sul no período de 2000-2009 por regional de saúde segundo o SIM (FISHER, 2012).

Embora se tenha apenas dois anos de dados disponíveis para estudo no SINAN, 2010 e 2011, quando comparados também demonstra um crescente aumento dos números de suicídio registrados conforme mostra a figura 3, porém não permite projetar uma média linear.

Quanto à notificação pelos municípios, estes dados sugerem que os mesmos estão dando uma importância maior para a notificação da violência e consequentemente notificando mais os casos, pois ainda não se pode comparar com o SIM com o propósito de identificar a subnotificação, pois os dados não estão

disponibilizados para análise no sistema do ano de 2011. Outro motivo que pode explicar o aumento das notificações de suicídio no ano de 2011 é a criação da portaria nº104 de janeiro de 2011 onde torna compulsória a notificação no Sinan dos casos suspeitos ou confirmados de violência incluindo as autoprovocadas por todos os profissionais da saúde.

Entretanto, algumas regionais como Pelotas, Erechim, Santo Ângelo e Palmeira das Missões não notificaram nenhum caso de suicídio no SINAN conforme disponível na figura 3. Estas regionais apresentaram um grande número de subnotificações visto que quando correlacionado ao SIM em 2010 na figura 2 apresentaram números positivos. A regional de Lajeado manteve um constante índice nos dois anos juntamente com Porto Alegre-2. As regionais Santa Maria e Passo Fundo demonstram um aumento considerável de notificações de suicídio, de 0 a 22 e de 7 a 29, respectivamente.

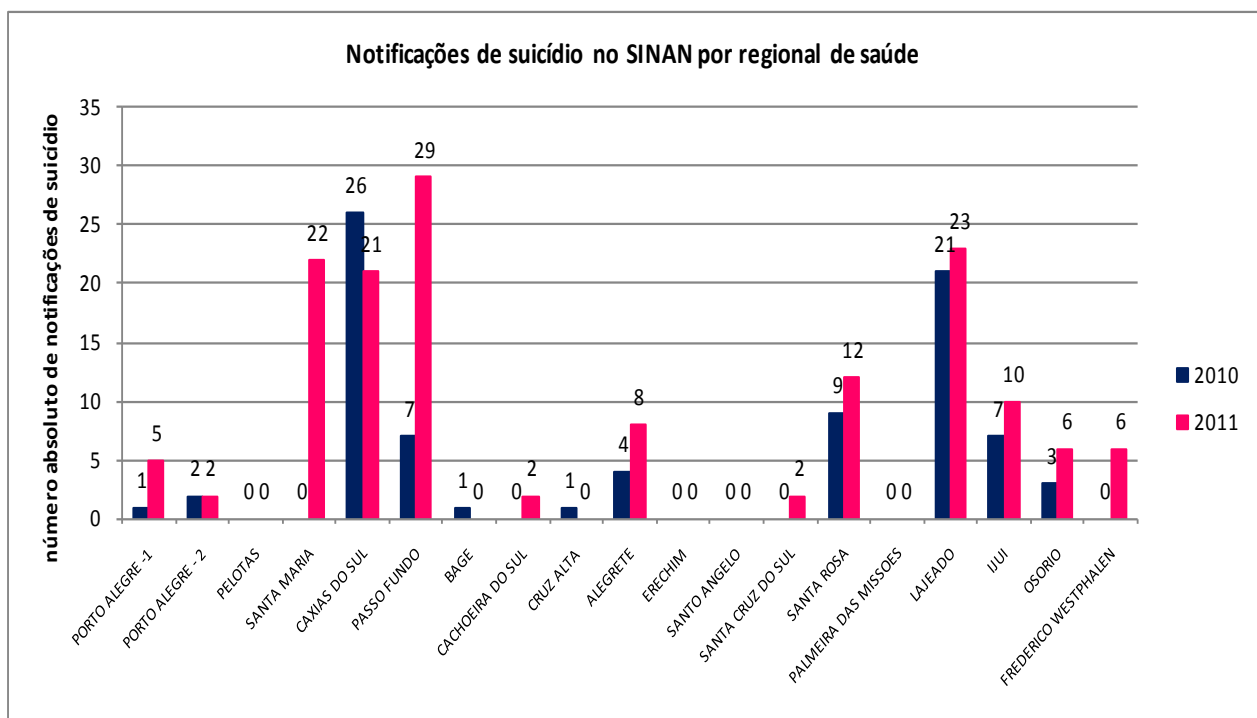


FIGURA 3- notificações de suicídio registrados no Sinan no período de 2010 e 2011 por regional de saúde do Rio Grande do Sul, Brasil.

Mesmo com um aumento das notificações no Sinan no ano de 2011 de óbitos por lesões autoprovocadas, percebe-se uma discrepância dos dados quando comparados ao SIM como mostra a figura 1 no ano de 2010. Isto se deve pelo fato de que os SIS hoje são fragmentados com programas verticalizados, voltados para

determinados agravos ou grupos de risco. Assim, cada área define seu próprio sistema de informação centralizado, dificultando o processo de trabalho (VIDOR, 2004 *apud* MORAIS, 1994).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A informação vem assumindo um importante papel na saúde visto que se transformou em recursos estratégicos para a tomada de decisão em todas as áreas. Concordando com Baldijão (1992), ao utilizarmos os sistemas de informações em saúde, depara-se com uma série de dificuldades: as informações carecem de fidedignidade, não são compatíveis entre si, há subnotificação de casos entre outras. Constituem assim, um desafio para os profissionais da saúde que se utilizam de informações confiáveis para a realização de diagnósticos de saúde detalhados e precisos, como também sua utilização para planejamento e avaliação de ações em saúde.

Através dos registros no Sinan constatamos um aumento progressivo do número de casos notificados de suicídio nas regionais de saúde do estado do Rio Grande do Sul. Acredito estar associado ao trabalho que a vigilância estadual vem desenvolvendo com os profissionais das regionais de saúde visto que a notificação é compulsória ao nível nacional a partir de 2011. Porém, ainda carece de informações quando comparadas ao SIM havendo um grande número de subnotificações.

As análises feitas neste trabalho demonstram a importância da qualidade dos registros nos sistemas de informação e merecem destaque, pois subsidiam ações a serem planejadas no nível local de saúde. Além da notificação de suicídio, a investigação por parte da vigilância epidemiológica dos casos é imprescindível prevenindo muitos óbitos por suicídio.

Desse modo, uma parceria entre a vigilância epidemiológica a nível local juntamente com os estabelecimentos de saúde, sejam eles privados ou públicos, pode ser uma estratégia eficaz para que os casos de suicídio no Sinan tenham mais qualidade e sejam cada vez mais notificados. Também, o cruzamento de dados entre o SIM e o SINAN para a detecção de óbitos por suicídio é uma maneira de que todos os casos sejam notificados e posteriormente investigados visto que não há uma comunicação automática hoje existente.

A inclusão de capacitações nos programas de educação continuada para os profissionais da saúde que realizam atendimento aos pacientes e familiares vítimas de violência autoprovocada é fundamental para que os mesmos percebam a

necessidade e a importância da notificação que é obrigatória em todas as instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABASSE, Maria Leonor Ferreira et al . Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200010>.

BALDIJÃO, Márcia Furquim de Almeida. **Sistemas de Informação em Saúde**. São Paulo em Perspectiva. V. 6, n. 4, out/dez 1992. Disponível em: <http://www.joinville.ifsc.edu.br/~josianes/Sistemas%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde/SIS%20hist%C3%B3ria.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2012.

BAPTISTA, Makilim Nunes e col. **Suicídio e Depressão: Atualizações**. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004.

BRANCO, Maria Alice Fernandes. **Sistemas de Informação em Saúde no nível local**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. v.12. n.2. abr 1996.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censos Demográficos 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/mapasite/mapa-site.php#populacao>. Acesso em 08 Fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **O que é SINAN**. 2011. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso em: 01 dez 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas**. 2ªed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Sistema de Informação de Mortalidade**. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21377. Acesso em: 01 dez 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **O DATASUS**. 2011. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>. Acesso em: 14 dez 2011.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde – FUNASA. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Vol 1. AIDS e Hepatites. Brasília, 2002.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A. **Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CORREA, Antonio Carlos de Oliveira. **Depressão e suicídio no idoso: uma crucial questão em psicogeriatría.** Jornal Brasileiro de psiquiatria. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 149-157, 1999.

FAÇANHA, Mônica Cardoso et al . **Hanseníase: subnotificação de casos em Fortaleza - Ceará, Brasil.** An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 81, n. 4, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962006000400004>.

FAÇANHA, Mônica Cardoso. **Tuberculose: Subnotificação de casos que evoluíram para óbito em Fortaleza – CE.** Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, v. 8, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v8n1/04.pdf>. Acesso em: 07 Fev. 2012.

FISHER, Paul Douglas. Taxa de suicídio no Rio Grande do Sul no período de 2000-2009 por regional de saúde. Dados disponíveis: Sistema de Informação de Mortalidade. 2012.

GONÇALVES, Valéria Freire. **Estimativa de subnotificação de casos de AIDS em Fortaleza, Ceará – 2002 e 2003: uma aplicação da técnica de captura-recaptura. 2006.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br:8080/ri/handle/123456789/1346>. Acesso em: 07 Fev. 2012.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson; LAURENTI, Ruy. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento II - Mortes por causas externas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 5, n. 2, ago. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 30 nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2002000200008>.

LIMA, Claudia Risso de Araújo. **Gestão da Qualidade dos Dados e Informações dos Sistemas de Informação em Saúde: subsídios para a construção de uma metodologia adequada ao Brasil.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 2010. Acesso em: 18 de Jan. 2012. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2296>.

OLIVEIRA, Luís Claudio de Souza. **Mortalidade Relacionada com Tuberculose e AIDS: uma análise das informações do SIM e do SINAN.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu, Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2008. Disponível em: www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008oliveira-lcs.pdf. Acesso em 25 jan 2012.

Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do Suicídio**. Um recurso para conselheiros. Genebra: OMS, 2006. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/92415_94314_por.pdf. Acesso em: 30 nov. 2011.

_____. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental – nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>. Acesso em 24 jan. 2012.

PARANÁ, Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. **Subnotificação no Sinan prejudica combate a problemas de saúde pública**. 2011. Disponível em: http://www.crmpr.org.br/lista_ver_noticia.php?id=4586. Acesso em 07 Fev. 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Notificação Compulsória de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violência**. 1. ed. 2. reimp. Porto Alegre: CEVS, 2009.

TRIGUEIRO, André. **3 Mil Suicídios por dia**. Jornal o Debate. Ciências da Saúde. Dez. 2007. Disponível em http://www.jornaldebate.com.br/site/index.php?option=com_content&task=view&id=1476&Itemid=156. Acesso em 20 Mar. 2012.

VIDOR, Ana Cristina. **Sistemas de Informação em Saúde: situação atual em municípios de pequeno porte**. 2004. Monografia (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

