

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO



Revista de Pesquisa:
CUIDADO É FUNDAMENTAL Online
 ISSN 2175-5361



Ministério da Educação

PESQUISA

IMPACT OF MORBI- MORTALITY AND EXPENSES WITH SUICIDE IN BRAZIL FROM 1998 TO 2007

IMPACTO DA MORBI-MORTALIDADE E GASTOS COM SUICÍDIO NO BRASIL DE 1998 A 2007

IMPACTO DE LA MORBI-MORTALIDAD Y GASTOS CON EL SUICIDIO EN BRASIL DE 1998 HASTA 2007

Rodrigo Eurípedes da Silveira¹, Álvaro da Silva Santos², Lúcia Aparecida Ferreira³

ABSTRACT

Objective: Describe the spending with Suicide in the hospital network of SUS in Brazil. **Methods:** Descriptive Study, with secondary data from the Ministry of health, between 1998 and 2007. **Results:** Occurred 77,648 deaths and 102,031 hospitalizations, as well the expenses in excess of \$ 35 million. The males prevailed in mortality (79.25%), morbidity (61.42%) and costs (about \$ 22 mi). The elderly, white, single, with less than 7 years of study are those that most prevalence died from this cause; while higher prevalence of hospitalizations occurs between 30 and 39 years (9.87/100 thousand inhabitants). About the causes, were identified Hangings (51.40%) as deaths and hospitalizations by Exogenous Poisoning (69.00%). **Conclusions:** Pioneering study, which traces a panorama to collaborate in developing strategies for prevention and adequacy of health services to minimize the impact of suicide in Brazil. **Descriptors:** Suicide, Mortality, Morbidity, Health Expenditures.

RESUMO

Objetivo: Descrever os gastos com Suicídio na rede hospitalar do SUS no Brasil. **Métodos:** Estudo descritivo, com dados secundários do Ministério da Saúde, entre 1998 e 2007. **Resultados:** Verificaram-se 77.648 óbitos e 102.031 hospitalizações, além de gastos superiores a R\$ 35 milhões. O sexo masculino prevaleceu na mortalidade (79,25%), morbidade (61,42%) e custos (cerca de R\$ 22 mi). Os idosos, brancos, solteiros, com até 7 anos de estudo são os que mais morrem por esta causa; enquanto ocorre maior prevalência de hospitalizações entre 30 e 39 anos (9,87/100 mil hab.). Quanto às causas, identificou-se maioria dos óbitos por Enforcamentos (51,40%) e de internações por Intoxicações Exógenas (69,00%). **Conclusões:** Estudo pioneiro, que traça um panorama para colaborar no desenvolvimento de estratégias para prevenção e adequação dos serviços de saúde para minimizar o impacto do suicídio no Brasil. **Descritores:** Suicídio, Mortalidade, Morbidade, Gastos em Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Describir los costos del suicidio en la red hospitalaria de SUS en Brasil. **Métodos:** Estudio descriptivo, con datos secundarios del Ministerio de la salud, entre 1998 y 2007. **Resultados:** Hubieron 77.648 muertes y 102.031 hospitalizaciones, así como los gastos fueron superiores a 35 millones. Los hombres se impusieron sobre la mortalidad (79.25%), morbilidad (61.42%) y gastos (\$ 22 millones). El anciano, blanco, único, con hasta 7 años de estudio son aquellos que mas mueren por esta causa; mientras que la mayor prevalencia de hospitalizaciones se produce entre 30 y 39 años (9,87/100 mil habitantes). Se han identificado más ahorcamientos (51,40%) por las muertes y hospitalizaciones por intoxicación exógena (69,00%). **Conclusiones:** Estudio pionero, que traza un panorama para colaborar en el desarrollo de estrategias para la prevención y la adecuación de los servicios de salud para minimizar el impacto del suicidio en Brasil. **Descritores:** Suicidio, Mortalidad, Morbilidad, Gasto en Salud.

¹ Enfermeiro. Mestrando em Ciências da Saúde pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE). Professor da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Email: rodrigo_euripedes@hotmail.com. ² Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Administração em Serviços de Saúde. Doutor em Ciências Sociais. Pós Doutorado em Serviço Social. Professor Adjunto de Graduação e do Mestrado em Atenção à Saúde da UFTM. Email: alvaroenf@hotmail.com.br. ³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Doutorado em Enfermagem Fundamental. Professora Adjunta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Email: lap_ferreira@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O auto-extermínio ou suicídio, enquanto atual e relevante problema de saúde pública inclui toda a gama de pensamentos suicidas, ameaças e tentativas, até a concretização do ato de auto-extermínio. Permeado por diversas variáveis, socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, pode ser considerado uma tragédia pessoal e familiar, afetando em média, cerca de seis pessoas, podendo chegar a centenas, quando ocorre em um local público.¹

Em escala mundial, até o ano 2000, um milhão de pessoas havia cometido suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos e 1,4% dos gastos globais em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em dez anos, 10 a 20 vezes mais pessoas deverão cometer tentativas de auto-extermínio.² Ainda, estima-se que, para cada suicídio consumado, ocorre pelo menos 10 tentativas sérias, muitas vezes associadas a distúrbios mentais, particularmente depressão e abuso de álcool, que demandam atenção médica e geram ônus ao sistema público de saúde.³

Segundo extensa literatura, as tentativas de suicídio prevalecem entre o sexo feminino e a consumação do ato se dá principalmente entre os homens, de maior idade. Associados às suas causas, deve-se considerar a alta prevalência de transtornos depressivos, e agentes estressores, como perda, frustração e sofrimento emocional, além do uso indiscriminado de substâncias psicoativas e mudanças no padrão psicobiológico, atreladas a uma maior aceitação de comportamentos e modelos de violência auto-infligida.⁴⁻⁹

Ao se tratar de Brasil, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, a média nacional era de 4,5 mortes para 100 mil habitantes em 2001, além de representar o 9º país em número

absoluto de suicídios.¹ Estudo recente¹⁰, retratam o incremento de 29,5% no coeficiente em 26 anos, alcançando 5,7 mortes/100 mil habitantes em 2006. Apesar de homens idosos ainda representarem os índices mais elevados de auto-extermínio, em 20 anos o número de casos de jovens entre 15 e 24 anos de idade cresceu 1900%.³ Vale ressaltar ainda que este número pode apresentar relevantes discrepâncias entre estados e regiões, considerando padrões epidemiológicos e econômicos distintos.

O Sistema de Informações Hospitalares da Rede do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) e o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), pautados na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e na Declaração de Óbito, respectivamente, constituem-se ferramentas importantes para a realização de análises epidemiológicas no país, por representarem cerca de 80% das hospitalizações no Brasil.¹¹

Por mais que haja informações sobre os recursos destinados para os setores assistenciais ainda existem desencontros entre a divulgação dos dados e os problemas de saúde mais recorrentes da população. Ainda, são incipientes as abordagens sobre os custos da assistência médica hospitalar, sobretudo quanto ao prejuízo de ordem social e econômica que o suicídio representa para uma nação.¹²

Nesta perspectiva, a presente investigação tem por objetivo descrever a nível nacional, as características epidemiológicas de óbitos por auto-extermínio, a prevalência e o perfil dos usuários internados por tentativas de suicídio em hospitais vinculados ao SUS, além de determinar os gastos governamentais dessas internações.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com recorte transversal, sobre as internações hospitalares e os óbitos codificados por Lesões Auto-Provocadas

Silveira RE, Santos AS, Ferreira LA.

Voluntariamente (Suicídio) no Brasil, no período de 1998 a 2007. A série histórica estudada baseou-se em dados oficiais e secundários do Sistema de Informação Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), publicados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Para a coleta dos dados, foi utilizada a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças na versão brasileira (CID-BR-10), no tocante a lesões auto-provocadas intencionalmente incluindo as categorias: X60 a X84. As variáveis analisadas foram: (a) Mortalidade por Suicídio e sua distribuição por sexo, faixa etária, estado civil, nível de escolaridade, cor da pele, local do óbito e região; (b) Morbidade hospitalar por local de internação e sua distribuição por sexo, faixa etária e região e (c) Custos das internações por lesões auto-provocadas voluntariamente:¹³

Valor Médio de Internação (VM Int) = Valor pago pelas internações / Número de Internações

Custo - Dia = Valor pago pelas internações / Número de dias de permanência

Média de Permanência (DP) = Número de dias de permanência / Número de internações

Foram calculadas taxas de prevalência e mortalidade (n° total de indivíduos acometidos em determinada região divididos pela população correspondente, multiplicados por 10^5) para sexo, faixa etária e região. Para as tabulações de número, proporção, razão e valores pagos pelas internações, oriundos do SIH-SUS e apresentação em gráficos e tabelas, foram utilizados os programa de domínio público Epi Info 2002 versão 3.3.2 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos); Tabwin (Ministério da

Impact of morbi-mortality...

Saúde, Brasil) e Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corporation, Estados Unidos).

Os dados de registro das internações e as estimativas populacionais não estão sujeitas ao erro amostral, pois compreendem a totalidade dos eventos ocorridos. Entretanto, sofrem os efeitos do erro aleatório no processo de registro e estimativa populacional.

Por se tratar de um estudo que utiliza dados secundários de uma base eletrônica que disponibiliza tais informações para o público em geral (DATASUS), a presente investigação não foi submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. O desenvolvimento desta investigação decorreu no período de junho de 2010 e março de 2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

I - Mortalidade por suicídio no Brasil, de 1998 a 2007

Foram identificadas 77.698 mortes no período estudado por lesões auto-provocadas no Brasil. Desse montante, cerca de 62 mil ocorreram em homens, o que representa 79,25% do total de óbitos. Em todo o período, a razão de óbitos entre os sexos (masc./fem.), foi maior que 3,8, chegando a 4,4 óbitos entre homens para cada mulher em 1999. Apesar de certa oscilação no período de 10 anos considerado neste estudo, as taxas de suicídio para uma população de 100 mil habitantes permaneceram praticamente estáveis, variando de 5 a 10,00% entre as distribuições por gênero, como demonstra a Tabela 1.

Para a análise de faixa etária, observa-se que as idades entre 20 e 49 anos concentram 63,97% dos óbitos, o que reforça o preceito de maiores níveis de suicídio entre adultos jovens e de meia-idade, comumente associados a desordens emocionais. O eixo Sul-Sudeste contemplou 65,22% dos óbitos, fato este que pode ser associado a um maior contingente populacional e desenvolvimento daquelas regiões.

Tabela 1 - Distribuição da Prevalência de Óbitos por Suicídio segundo sexo, faixa etária e região do Brasil, 1998 a 2007.

	N (%)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	MD ^a
Sexo												
Masculino	61583 (79,25)	6,93	6,56	6,46	7,28	7,02	7,19	7,16	7,44	7,43	7,52	7,11
Feminino	16115 (20,75)	1,78	1,48	1,6	1,78	1,91	1,79	1,88	1,93	1,9	1,94	1,80
Faixa Etária												
0 a 9 anos	43 (0,06)	0,01	0,01	0	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,02	0,01	0,01
10 a 19 anos	7190 (9,25)	2,02	1,79	1,7	2,24	2,05	2,03	1,97	1,9	1,9	2,08	1,97
20 a 29 anos	18906 (24,33)	5,95	5,54	5,39	6,02	6,05	6,25	6,14	6,04	6,15	6,07	5,96
30 a 39 anos	16394 (21,10)	6,41	5,93	5,76	6,15	6,37	6,15	6,41	6,51	6,37	6,43	6,25
40 a 49 anos	14403 (18,54)	6,8	6,73	6,46	7,4	7,28	7,28	7,18	7,84	7,91	7,16	7,20
50 a 59 anos	9727 (12,52)	7,41	6,72	6,65	7,55	7,25	7,56	7,55	8,29	8,57	7,14	7,47
60 a 69 anos	6019 (7,75)	7,68	6,87	6,59	7,08	6,55	6,93	7,00	7,84	7,58	7,11	7,12
70 a 79 anos	3484 (4,49)	8,11	7,37	7,45	7,36	7,63	6,73	8,14	8,22	7,23	7,25	7,55
80 anos e mais	1532 (1,97)	9,88	8,31	6,77	8,04	7,58	7,82	7,84	9,61	8,69	7,33	8,19
Região												
Norte	4279 (5,51)	3,42	2,38	2,88	3,31	2,91	3,17	3,18	3,24	3,18	3,53	3,13
Nordeste	15560 (20,03)	2,30	2,37	2,37	2,97	3,16	3,28	3,31	3,72	3,80	4,15	3,17
Sudeste	29509 (37,98)	4,12	3,52	3,47	4,10	3,96	3,99	3,91	4,09	4,15	4,00	3,94
Sul	21164 (27,24)	8,90	8,48	8,10	8,49	7,95	7,81	8,17	8,14	7,80	7,90	8,17
Centro-Oeste	7186 (9,25)	4,86	5,44	6,26	5,82	6,54	6,19	6,25	5,92	5,76	5,53	5,87
Total	77698 (100,00)	4,32	3,98	3,99	4,49	4,42	4,44	4,48	4,64	4,62	4,68	4,42

a = Coeficiente médio de prevalência para o período avaliado.

Fonte: DataSUS, 2010.

Ao adotar os coeficientes de suicídio de determinada população estabelecidos pela OMS, verificam-se as seguintes categorias: **baixo** - menor que 5/100.000 habitantes; **médio** - entre 5 a 15/100.000 habitantes, **alto** - entre 15 e 30/100.000 habitantes e **muito alto** - acima de 30/100.000 habitantes.¹ Nesta perspectiva, as taxas de mortalidade por violência auto-infligida no Brasil, no período em questão, manteve-se no nível baixo (4,42). Entretanto, se considerarmos as subdivisões por gênero, faixa etária e região do país, o sexo masculino, nas idades acima de 20 anos de idade e moradores das regiões sul e sudeste, apresentam índices médios (Tabela 1). Observa-se grande oscilação dos valores das prevalências no período, com queda no primeiro triênio, e elevação descontínua nos anos subsequentes em relação à população em geral por faixa etária.

O suicídio ocorre em maior escala entre as pessoas com 40 anos e mais de idade, com taxas acima de 7 mortes/100 mil habitantes, valores estes que chegam a 8,19 /100 mil hab., entre idosos com 80 anos e mais. Dentre as Regiões do país, a Região Sul (8,17 /100 mil hab) apresenta uma taxa pelo menos duas vezes maior que as demais regiões, exceto pela Centro-Oeste, que R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. out./dez. 4(4):3033-42

compartilha o patamar médio dentre as categorias da OMS (Tabela 1).

Já no Quadro 1 pode se observar que pouco se sabe sobre a escolaridade das pessoas que cometem suicídio, uma vez que 46,51% dos óbitos não apresentavam esta informação. Entretanto, pode se associar um número maior de mortes para indivíduos que cursaram o Ensino Fundamental Incompleto, com 31,89% dos óbitos entre 1 a 7 anos de estudo. Há a predominância de óbitos entre solteiros, porém também é alarmante o suicídio entre os casados (47,13 e 34,78%, respectivamente).

Quadro 1 - Distribuição de Óbitos por Suicídio segundo Escolaridade, Estado Civil, Local da ocorrência e Cor da pele, Brasil, 1998 a 2007.

Escolaridade	N (%)	Estado Civil	N (%)	Cor da Pele	N (%)	Local de Ocorrência	N (%)
Nenhuma	4762 (6,18)	Solteiro	36499 (47,13)	Branca	43063 (55,44)	Estabel. de saúde	17635 (22,82)
1 a 3 anos	11396 (14,44)	Casado	26867 (34,78)	Preta	3930 (5,02)	Domicílio	42088 (54,01)
4 a 7 anos	13833 (17,45)	Viúvo	3380 (4,37)	Amarela	506 (0,68)	Via pública	5025 (6,45)
8 a 11 anos	8205 (10,34)	Separado judic.	3795 (4,82)	Parda	22666 (28,74)	Outros	11296 (14,51)
12 anos e mais	4017 (5,08)	Outro	1581 (2,09)	Indígena	571 (0,72)	Ignorado	1654 (2,21)
Ignorado	35483 (46,51)	Ignorado	5306 (6,81)	Ignorado	6962 (9,40)	Total	77698 (100)

Fonte: DataSUS, 2010.

Ademais, a maioria dos óbitos se dá em pessoas declaradas de pele branca, o que pode ser associado à alta prevalência de óbitos dentre moradores da Região Sul, que tem descendência européia. Ainda com relação a cor da pele, os mestiços (cor parda) que são em maioria no país, apresentaram o segundo maior índice com 28,74% dos óbitos. Já com relação ao local de ocorrência destas fatalidades, a maioria ocorre na residência da vítima (54,01%), número que pode ser maior uma vez que 22,82% dos óbitos foram notificados em estabelecimentos de saúde, uma vez que a ação que levou à morte pode não ter decorrido neste local.

II - Morbidade Hospitalar por suicídio no Brasil, de 1998 a 2007

No Brasil entre 1998 e 2007, encontrou-se um total de 102.031 hospitalizações, que

Silveira RE, Santos AS, Ferreira LA.

corresponderam a um gasto acima de R\$ 35,7 mi para o Sistema Único de Saúde (SUS). O sexo masculino prevaleceu (61,49%) e a razão de óbitos entre os sexos não ultrapassou 1,80 homem para cada mulher. Contudo, a relação entre morbidade/mortalidade denota um maior número de tentativas (2.44/1.02) que a consumação do óbito por auto-extermínio entre as mulheres. Apesar de uma leve elevação até o ano de 2001, percebe-se que há uma redução dos coeficientes para 100 mil habitantes no período, da ordem de 17,20% no sexo masculino e 11,90% para o sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da Prevalência de Internações Hospitalares por Suicídio segundo sexo, faixa etária e região do Brasil, 1998 a 2007.

	N (%)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Morb./Mort.
Sexo												
Masculino	62742 (61,49)	7,57	8,12	8,22	8,27	7,36	7,31	6,79	6,69	6,13	6,27	1.02
Feminino	39290 (38,51)	4,63	4,52	4,66	4,87	4,63	4,38	4,26	4,11	3,94	4,08	2.44
Faixa Etária												
0 a 9 anos	6231 (6,11)	2,11	2,46	2,21	2,18	1,78	1,65	1,39	1,32	1,14	1,18	144,91
10 a 19 anos	16183 (15,86)	5,25	5,04	5,13	5,52	4,49	4,39	3,87	3,60	3,30	3,98	2.25
20 a 29 anos	25193 (24,69)	9,03	9,22	8,78	9,07	7,79	8,05	7,64	7,45	7,07	7,05	1.33
30 a 39 anos	22467 (22,02)	8,88	9,30	9,87	9,11	8,82	8,49	8,17	8,21	7,48	7,73	1.37
40 a 49 anos	16274 (15,95)	7,42	8,12	8,39	8,69	9,05	8,38	8,26	8,16	8,10	7,17	1.13
50 a 59 anos	8399 (8,23)	5,75	6,72	6,52	6,90	7,19	6,67	6,77	6,74	6,07	5,49	0.86
60 a 69 anos	4030 (3,95)	4,96	4,77	5,15	5,54	5,28	4,91	4,67	4,47	4,13	4,08	0.67
70 a 79 anos	2066 (2,02)	5,67	5,22	4,62	5,26	4,19	4,85	4,04	3,91	4,17	3,41	0.59
80 anos e mais	1188 (1,16)	7,60	8,19	5,73	7,77	6,72	6,07	6,01	7,00	5,10	4,27	0.78
Região												
Norte	11242 (11,02)	7,72	5,80	6,32	7,93	5,46	8,60	8,43	11,12	9,09	10,74	2.62
Nordeste	15037 (14,74)	3,43	4,28	3,97	3,92	2,86	2,60	2,47	2,36	2,57	2,41	0.97
Sudeste	58565 (57,40)	8,25	8,48	8,47	8,28	8,36	7,91	7,65	7,12	6,88	7,00	1.98
Sul	10263 (10,06)	4,80	4,82	5,34	5,65	4,32	3,72	3,48	3,01	2,33	2,53	0.48
Centro-Oeste	6924 (6,79)	4,57	4,87	6,10	6,94	8,00	7,33	5,55	5,15	4,42	3,83	0.96
Total	102031 (100,00)	6,08	6,30	6,42	6,55	5,98	5,83	5,51	5,38	5,02	5,16	1.52

Fonte: DataSUS, 2010.

Por faixa etária, 62,70% das internações referem-se a pessoas entre 20 e 49 anos, que corresponde à população em idade produtiva e de muitas responsabilidades. Há que se destacar a alta prevalência das tentativas de suicídio entre crianças (6,11% do total), cuja morbidade por estas causas é cerca de 145 vezes maior que a mortalidade. Também preocupam os índices entre adolescentes, em especial entre 15 e 19 anos, que aqui representaram 15,86% de todas as hospitalizações, embora o número de internações tenha superado o número de morte em 2.25 vezes. As faixas etárias acima de 50 anos apresentaram associação negativa entre morbidade e mortalidade, o que permite inferir que as

Impact of morbi-mortality...

tentativas de auto-extermínio são mais eficazes nessas idades, de acordo com a Tabela 2.

Dentre as regiões, o Sudeste representou a maioria das internações na rede SUS por suicídio, seguido pela região Nordeste. Entretanto, a Região Norte merece destaque, uma vez que dentre todas as variáveis, foi a única que apresentou incremento nas taxas para 100 mil habitantes (7,72 a 10,74), o que representa um aumento de 28,12%. As regiões Sul e Centro-Oeste têm valores maiores de mortalidade face à morbidade hospitalar (Tabela 2).

Já na Tabela 3, observa-se que a prevalência de suicídio entre os homens condiciona um valor total de custos 1,66 vezes maior que o valor gasto para as internações de mulheres. Além disso, a média de permanência e o valor médio de internação do sexo masculino são maiores, o que pode denotar um quadro de maior gravidade. Porém, as internações de pessoas do sexo feminino são mais dispendiosas, requerendo maior gasto com equipamentos e medicamentos e um maior valor agregado por dia.

Tabela 3 - Distribuição dos Custos de Internações Hospitalares por Suicídio segundo sexo, faixa etária e região do Brasil, 1998 a 2007.

	Custo-Dia (R\$/dia)	DP (Dias)	VM Int (R\$)	Valor (R\$)	Total
Sexo					
Masculino	80,3	4,4	355,46	22 301	776,94
Feminino	90,9	3,8	342,24	13 446	503,87
Faixa Etária					
0 a 9 anos	80,29	3,8	301,02	1 783	835,00
10 a 19 anos	92,26	3,4	313,65	5 159	281,00
20 a 29 anos	92,26	4	367,9	9 268	515,31
30 a 39 anos	81,8	4,2	342,19	7 688	036,02
40 a 49 anos	73,59	4,5	328,54	5 346	616,65
50 a 59 anos	74,23	4,9	364,18	3 058	716,24
60 a 69 anos	80,05	5,2	415,76	1 675	514,56
70 a 79 anos	95,21	5,2	492,12	1 016	729,30
80 anos e mais	127,35	5	632,29	751	164,18
Região					
Região Norte	80,57	4,5	364,51	4 097	804,29
Região Nordeste	89,13	3,7	333,96	5 021	739,93
Região Sudeste	86,04	4,2	359,01	21 025	279,14
Região Sul	81,04	4,3	347,43	3 565	706,00
Região Centro-Oeste	67,73	4,3	294,32	2 037	878,80

Fonte: DataSUS, 2010.

Com relação à faixa etária, observa-se maior gasto absoluto dentre as faixas etárias de 20 a 49 anos, com internações relativas a esta faixa

Silveira RE, Santos AS, Ferreira LA.

etária, cerca de R\$ 22,3 milhões e 62,39% de todo o valor gasto no período, seguindo a tendência explicitada pelo número de internações. Entretanto, quando se avaliam os custos específicos, os idosos apresentam maior valor médio de internação e tempo de permanência, superando R\$ 415, e 5 dias de hospitalização (Tabela 3).

Nos cálculos referentes às regiões do Brasil, a concentração dos gastos na Região Sudeste (cerca de 60%) também pode ser associada à expressiva morbidade hospitalar por lesões auto-provocadas intencionalmente e seu contingente populacional. Há que se considerar a heterogeneidade inerente a cada região, bem como diversidades de estrutura etária e cultura local. As internações que ocorrem no Nordeste tem maior custo-dia, porém apresentam menos dias de hospitalização e por conseguinte, baixo valor médio de internação, que só supera os valores da região Centro-Oeste (Tabela 3).

III - Causas de Morbi-Mortalidade por suicídio no Brasil, de 1998 a 2007

Na Tabela 4 que traz as categorias de causas para óbitos e internações por suicídio, observa-se discrepância significativa entre morbidade e mortalidade. Para as hospitalizações, prevaleceram as Intoxicações Exógenas, com 69,08%, enquanto Lesões por meios não-especificados representou 9,28%. Já para a mortalidade, os Enforcamentos e afogamentos (52,67%) e Lesões por arma de Fogo (17,25%), foram as causas mais prevalentes.

Dentre as causas específicas, intoxicações por álcool (20,12%), por anti-epiléticos, sedativos e psicotrópicos (12,98%) e exposição a pesticidas (10,62%), prevaleceram para as hospitalizações. Com relação à Mortalidade, a maioria dos indivíduos vai a óbito por enforcamento, estrangulamento e sufocação (51,42%), e em menor proporção, disparo de arma de fogo não especificada (13,11%). A distribuição dentre as causas de morbidade se dá de maneira mais

Impact of morbi-mortality...

heterogênea, enquanto as causas das tentativas que culminam em óbito são especificadas e de conhecimento comum.

Com relação aos Custos, as tentativas de suicídio que ocasionam queimaduras, incluídas no grupo X76: lesão auto-provocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas, são aquelas que geram os maiores gastos de internações, tanto em Valor médio (R\$ 1601,96) quanto em custos diários (R\$ 157,63/dia de internação), seguidas das tentativas por saltos de grandes altitudes, com R\$ 917,96. Já a exposição intencional a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos representou o 2ª maior gasto diário com internações por lesões auto-provocadas (R\$ 136,89). O número de dias de internação de cada causa revela que as lesões que envolvem queimaduras (X75, X76 e X77) são mais dispendiosas, correspondendo a uma média de 10,7; 10,2 e 8 dias de internação, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da Prevalência de Internações e Óbitos por Suicídio segundo Categoria de Causas, Brasil, 1998 a 2007.

Causa	Morbidade (1)	Mortalidade (2)	Gastos		
	N(%)	N(%)	VMint	DP	Custo-Dia
.. Intoxicações Exógenas	70050 (69,08)	11575 (15,68)	267,12	3,6	75,23
Analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos	5863 (5,74)	44 (0,05)	407,15	3	136,89
Antiepiléticos, sedativos e psicotrópicos	13247 (12,98)	812 (1,02)	250,54	3,1	80,93
Narcóticos e alucinógenos	1352 (1,32)	103 (0,11)	217,72	3,2	67,31
Outras drogas de ação sobre o sistema nervoso	1560 (1,52)	48 (0,05)	246,35	3,6	68,38
Drogas, medic. e subst. não-especificadas	10457 (10,25)	1412 (1,7)	218,15	3,2	68,05
Intoxicação por álcool	20534 (20,12)	151 (0,16)	152,48	4,2	36,27
Solventes orgânicos, hidrocarb. e seus vapores	871 (0,85)	89 (0,9)	258,41	3,7	70,18
Outros gases e vapores	135 (0,14)	119 (0,13)	342,19	4,5	75,23
Pesticidas	10834 (10,62)	5368 (7,24)	285,05	3,7	77,6
Outros produtos químicos e subst. nocivas	5697 (5,54)	3429 (4,32)	293,2	4,1	71,44
.. Enforcamentos e Afogamentos	519 (0,51)	42861 (52,67)	567,46	5,2	108,35
Enforcamento, estrangulamento e sufocação	428 (0,42)	41930 (51,42)	581,46	5,2	111,29
Afogamento e submersão	91 (0,09)	931 (1,25)	553,47	5,3	105,41
.. Arma de Fogo	6048 (5,94)	12853 (17,25)	596,09	6,63	90,19
Arma de fogo (pequeno calibre)	1171 (1,14)	2660 (3,52)	716,8	6,5	110,74
Arma de fogo de maior calibre	1205 (1,18)	463 (0,62)	472,29	6,2	76,61
Arma de fogo não especificada	3672 (3,62)	9730 (13,11)	599,18	7,2	83,23
.. Queimaduras	3324 (3,26)	1623 (2,13)	877,85	9,6	90,86
Dispositivos explosivos	463 (0,45)	33 (0,02)	445,48	10,7	41,75
Fumaça, fogo ou chamas	2464 (2,42)	1554 (2,09)	1601,96	10,2	157,63
Vapor de água, gases ou objetos quentes	397 (0,39)	36 (0,02)	586,12	8	73,21
.. Arma Branca	9355 (9,17)	2370 (3,19)	454,71	4,4	103,14
Objeto cortante ou penetrante	7897 (7,74)	1264 (1,7)	478,6	4,4	109,93
Objeto contundente	1458 (1,43)	1106 (1,49)	430,83	4,5	96,35
.. Precipitações ou Pulos	1603 (1,58)	2705 (3,65)	672,17	6,6	100,22
Precipitação de altura	806 (0,79)	2271 (3,06)	917,96	7,3	125,55
Precipitação de um objeto em movimento	315 (0,32)	158 (0,22)	566,16	6,4	88,02
Impacto de um veículo a motor	482 (0,47)	276 (0,37)	532,39	6,1	87,1
.. Lesões por outros meios	1165 (1,14)	192 (0,26)	541,56	5,6	96,48
.. Lesões por meios não especificados	9467 (9,28)	3519 (4,74)	466,27	3,7	126,94
Total	102031 (100)	77698 (100)	350,37	4,2	83,98

Fonte: DataSUS, 2010.

Silveira RE, Santos AS, Ferreira LA.

A utilização de bases de dados secundárias oriundas dos serviços de saúde, como o SIH-SUS, vem crescendo nos últimos anos em pesquisas epidemiológicas, porém sua legitimidade tem sido questionada, uma vez que o Sistema não comporta as informações fora da Rede do Sistema Único de Saúde - Rede SUS, além da possibilidade de erros nos processos de computação dos dados. Ademais, ao ocorrer uma re-internação (de uma mesma pessoa), o sistema a considera um caso novo.¹³⁻¹⁴

Entretanto, os dois sistemas utilizados nesta investigação - SIM e SIH-SUS - oferecem um volume expressivo de dados e representam cerca de 80% das internações de toda a rede hospitalar do país, o que pode reduzir tais questionamentos.⁴ Merece destaque o fato que o presente estudo possibilitou a discussão de mais de 77 mil óbitos, 102.031 internações, e um montante superior a R\$ 35 milhões em gastos.

A prevalência em cerca de 4 óbitos entre homens para cada morte feminina é compartilhada com outros autores; entre 1980 e 2005, em Santa Catarina, 78% do total de suicídios (3:1) pertenciam ao sexo masculino.⁷ Outro estudo, em âmbito nacional, evidenciou a mesma razão entre tais coeficientes.⁵ Em Campinas, entre os anos de 1976-2001, a sobremortalidade masculina foi superior a 2,7 óbitos masculinos para um feminino, com índice geral de óbitos baixo (<5mortes/100.000 hab).¹⁵

Estudo realizado em 2009, considerando uma perspectiva histórica de 26 anos, observou-se um incremento de quase 30% no número de óbitos. Aumentos estes mais expressivos nas idades entre 20 e 59 anos, entretanto, os índices mais altos foram encontrados entre homens de 70 anos ou mais.¹⁰ Em revisão da literatura sobre os principais fatores associados à tendência suicida de pessoas idosas realizada no período de 1980 a 2008, demonstrou-se que fatores complexos: físicos, mentais, neurobiológicos e sociais, ao culminarem em depressão desencadeiam pensamentos suicidas. O alto índice de auto-extermínio em

Impact of morbi-mortality...

idosos, em sua maioria homens, pode ser combatido com o tratamento adequado da depressão.¹⁶

Os índices médios mais altos também foram registrados na região Sul do país (9,3) em estudo de 2009, com grande discrepância entre as regiões, tanto em números absolutos quanto na distribuição por 100 mil habitantes. As principais características sócio-demográficas das pessoas que cometeram suicídio durante o período estudado foram baixo nível educacional e estado civil solteiro.¹⁰ Ademais, o índice nacional ainda é considerado baixo se comparado aos índices de suicídio mundiais (média de 4,9 por 100.000 habitantes); e como observado na presente investigação (4,42 óbitos), acompanha a média nacional dos estudos realizados em 2000, de cerca de 4 casos/100.000 habitantes.^{10,17} De acordo com estudo realizado em 2008 no extremo oeste catarinense, apresenta coeficientes de mortalidade por suicídio acima da média nacional e estadual, com semelhanças epidemiológicas ao Rio Grande do Sul, e o enforcamento representa 76% dos casos entre os homens e 73% entre as mulheres.⁷

Estudo multicêntrico realizado em 90 países, avaliando índices de auto-extermínio entre adolescentes (15-19 anos), identificou taxas expressivas como as do Sri Lanka (46,5/100 mil), Lituânia (23,9/100 mil) e Rússia (23,6/100 mil). O Canadá ocupa a 15ª posição (10,8/100 mil) e os Estados Unidos a 34ª (8,0/100 mil). A estimativa brasileira foi de 4,2/100 mil e taxas mais elevadas entre os meninos (10,5/100 mil) do que entre as meninas (4,1/100mil).¹⁸

Com relação às hospitalizações por tentativas de auto-extermínio, estudo realizado em 2000, identificou maiores índices de internação por tentativa de suicídio nos homens (6,8/100.000 habitantes) do que nas mulheres (4,2/100.000 habitantes).¹² Outro estudo, realizado em 2006 no Rio de Janeiro, observou predominância de hospitalizações (68%) do sexo

Silveira RE, Santos AS, Ferreira LA.

feminino, sendo quase dois terços das mulheres (62%) e 42% dos homens com menos de 25 anos de idade.¹⁹ Em Minas Gerais, 55,4% das hospitalizações de adolescentes por suicídio na rede SUS pertenciam ao sexo masculino, entretanto as taxas de internações em mulheres foram superiores (5,8 e 19,9/100.000 habitantes entre 10 e 14 anos e 15 a 19 anos, respectivamente) às dos homens (4,0 e 12,4/100.000 habitantes). O principal método utilizado para o suicídio também foi identificado como auto-intoxicação, com uma prevalência três vezes maior dentre as mulheres.⁸

Com relação aos gastos hospitalares das Lesões auto-provocadas, no estudo realizado em 2004, avaliando os custos com internações hospitalares de causas externas da rede SUS no estado de São Paulo, o custo diário das hospitalizações por suicídios e tentativas no ano 2000 foi de R\$ 78,64. Ademais, o valor médio de cada internação que resultou em alta foi R\$ 313,69; em óbito, R\$ 801,95. Já em estudo sobre os gastos de São José dos Campos, dentre as causas externas, as lesões auto-provocadas intencionalmente representaram a 3ª maior causa, com gasto médio de R\$ 500,61; custo-dia de R\$ 101,82 e tempo médio de permanência de 4,9 dias.

Muitos países vêm dispendendo somas significativas de dinheiro e treinamento de profissionais de saúde no intuito de diminuir a incidência do problema ou mesmo desenvolver programas preventivos nacionais.¹¹ Estudo realizado em Cuba, para identificar os fatores de risco associados a tentativa suicida identificaram antecedentes familiares e conflitos sociais e econômicos como as principais causas.²² Já a investigação da Colômbia, em que se equipararam falecimentos por suicídio e por outras causas por idade e sexo, identificou por eventos associados às ideias suicidas, ruptura de relacionamentos afetivos, dificuldades econômicas e desemprego.²³ Ambos estudos objetivaram o desenho de

Impact of morbi-mortality...

estratégias de prevenção e políticas de saúde mental.

Uma revisão sistemática de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando cerca de 16 mil óbitos por suicídio na população geral, demonstrou que em 97% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental na ocasião do ato fatal.²⁴ Estudos do fim da década passada, apontam diversos fatores predisponentes a violência auto-infligida, classificados como proximais - facilitadores da agressão auto-infligida, como a presença de uma arma de fogo no domicílio - ou distais - como base estruturante a tal comportamento - que juntos traduzem o cenário da violência auto-infligida.^{6,25}

Nesta perspectiva, inúmeros estudos vem sendo traçados para determinar os métodos mais utilizados para a concretização do ato suicida. Como identificado nesta investigação, a maioria das mortes ocorre por enforcamentos, estrangulamentos e sufocação, enquanto um maior número de tentativas que gera internações hospitalares é atribuído às auto-intoxicações.

A auto-intoxicação continua sendo o meio mais comum nas tentativas de suicídio para ambos os sexos, apesar de manter uma proporção de 3 tentativas femininas para uma masculina por este método.⁸ A mortalidade, mais prevalente entre os homens, foi executada por métodos mais agressivos como enforcamento e arma de fogo, do que os meios utilizados pelas mulheres - Intoxicação Exógena (12 óbitos/100 mil hab.).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, deve-se considerar o que os dados mostram com relação às tentativas e concretizações do ato suicida, em que diversos autores relatam a existência de uma associação entre o sexo e o método utilizado para tentar ou cometer o suicídio. Os homens optam por métodos mais letais (enforcamento e tiro por arma de fogo)

Silveira RE, Santos AS, Ferreira LA.

do que as mulheres, que preferem as intoxicações exógenas e lesões por armas brancas.

A violência apresenta-se no panorama internacional e nacional como uma questão de grande impacto em âmbito social e de saúde pública. Vale ressaltar neste contexto, a complexidade da violência auto-infligida e as dificuldades sociais para a abordagem explicitada por esta temática, em decorrência da estigmatização dos sujeitos e familiares envolvidos nesse processo.

A realização de pesquisas epidemiológicas adequadas para uma compreensão ampliada dessa temática tem influenciado no desenvolvimento de estratégias para prevenção e adequação dos serviços de saúde para lidar com o problema. Sobremaneira, realizar pesquisas que busquem avaliar o real impacto epidemiológico da mortalidade e morbidade hospitalar, associados aos gastos públicos em saúde, prática ainda pouco explorada no Brasil, pode oferecer uma melhor noção da cadeia de eventos relacionados às causas e, por conseguinte, traçar estratégias mais direcionadas e eficazes no combate a este relevante problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The World Health Report 2003: Shaping the future. Geneve: World Health Organization; 2003.
2. World Health Organization. The World Health Report 2006: Working together for health. Geneve: World Health Organization; 2006. 237 p.
3. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(2):131-4.
4. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. Rev Saúde Publica. 2004; 38(6): 804-10.
5. D'Oliveira CFA. Perfil epidemiológico dos suicídios. Brasil e regiões, 1996 a 2002. Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf>. Acesso em: 12/08/2010.
6. Ponce, JC, Andreuccetti, G; Jesus, MGS, et al. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. Rev. Psiq. Clín. 2008; 35(supl.1): 13-16.
7. Schmitt R, Lang MG, Quevedo J, et al. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. Rev Psiquiatr RS. 2008;30(2):115-132.
8. Abasse MLF, Oliveira RC, Silva TC, et al. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(2): 407-416.
9. Movahedi,S. Weaponization of the body and politicization of death. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2009; 12(1): 71-98.
10. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Rev Bras Psiquiatr. 2009; 31(supl.2): 86-93.
11. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em 14/12/2010.
12. Hammond R. Suicide Prevention: broadening the Field Toward a Public Health Approach. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2001; 32(supl.1): 1-2. DOI: 10.1521/SULI.32.1.5.1.24213.
13. Silveira RE, Faria KC, Santos NMF, Luiz RB, Pedrosa, LK. Admissions and Expenses of the Unified Health System with Genitourinary System Diseases. Rev. pesq.: cuid. fundam. online 2011. jul./set. 3(3):2255-65. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1374>.
14. Tomimatsu MFAI, Andrade SM, Soares DA, et al. Qualidade da informação sobre causas

- Silveira RE, Santos AS, Ferreira LA. externas no Sistema de Informações Hospitalares. Rev. Saúde Pública 2009; 43(3): 413-20.
15. Marín-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. Rev Saúde Pública 2003; 37(3): 357-63.
16. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. Rev Saúde Pública 2010; 44(4): 750-7.
17. Minayo MCS. Suicídio: violência auto-infligida. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
18. Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged 15-19. World Psychiatry 2005;4(2):114-20.
19. Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, et al. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(10): 2201-6.
20. Mello-Jorge MHP, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. Rev Bras Epidemiol 2004; 7(2): 228-38.
21. Melione LPR, Mello-Jorge MHP. Gastos do Sistema Único de Saúde com Internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(8): 1814-24.
22. López JN, Vázquez MM. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. MEDISAN 2010; 14(3): 353-8.
23. García-Valencia J, Palacio-Acosta C, Diago J et al. Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. Rev. Colomb. Psiquiat. 2008; 37(1): 11-28.
24. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World Psychiatry. 2002; 1(3): 181-185.
25. Diekstra RF, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. World Health Statistics Annual (WHO). 1993; 46(1): 52-68.

Recebido em: 08/02/2012

Aprovado em: 02/08/2012