Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Suicídios invisibilizados:
Investigação dos óbitos de adolescentes com
intencionalidade indeterminada**

João Luís da Silva

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Doutor em Ciências.**

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Zilda Pereira da Silva

São Paulo
2017

**Suicídios invisibilizados:
Investigação dos óbitos de adolescentes com
intencionalidade indeterminada**

João Luís da Silva

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Ciências.**

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Zilda Pereira da Silva

**Versão corrigida
(Versão original encontra-se na unidade que aloja o Programa de Pós-graduação)
São Paulo
2017**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva, João Luís da
- Suicídios invisibilizados : investigação dos óbitos de adolescentes com intencionalidade indeterminada / João Luís da Silva; orientadora Zilda Pereira da Silva. -- São Paulo, 2017.
126 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

1. Sistemas de Informação. 2. Registros de Mortalidade. 3. Causas de Morte. 4. Suicídio. 5. Adolescentes. I. Pereira da Silva, Zilda, orient. II. Título.

A todos os adolescentes que, ao longo da história da humanidade, não tiveram seu pedido de socorro ouvido pela família, pelos amigos e pelo Estado, encontrando no suicídio a única alternativa para lidar com seus conflitos internos e cessar as dores que sentiam.

AGRADECIMENTOS

A todas as *forças divinas* que me impulsionaram a seguir adiante nos momentos mais difíceis desse processo de formação acadêmica, profissional e pessoal.

Aos meus *familiares*, por incentivarem e apoiarem os meus projetos de vida e forma de ser/estar no mundo.

A *Iran Melo*, pela presença, interlocução e revisões constantes. Sem seu incentivo, desde o momento em que resolvi me submeter ao processo seletivo para ingresso na FSP/USP, essa história não teria nem começado.

À professora Dra. *Zilda Pereira da Silva*, por ter apostado em minha proposta de pesquisa, pela orientação contundente, compreensiva e negociada, sempre me desafiando a ir além e apontando caminhos e direções.

À *Secretaria Municipal de Saúde do Recife*, por me conceder a anuência para a realização deste estudo e disponibilizar os microdados necessários ao resgate das informações junto ao Instituto de Medicina Legal de Recife.

Ao *Instituto de Medicina Legal de Recife*, por me conceder anuência para realizar esta pesquisa e permitir o acesso ao seu arquivo com os documentos que compõem o *corpus* aqui analisado.

À *Cyntia Rafaela Bezerra da Silva*, *José Mauro Hermes de Souza* e *Clivany Maria Valença de Mendonça*, por me apresentarem os caminhos e segredos do arquivo do Instituto de Medicina Legal de Recife, que ainda é pouquíssimo digitalizado, fazendo de seu trabalho (num ambiente tão insalubre) um compromisso com a preservação da história de todas as pessoas que foram a óbito e ali chegaram.

Às professoras Dras. *Maria Fernanda Tourinho Peres* e *Maria Helena Prado de Mello Jorge*, pelas considerações em relação ao projeto de pesquisa inicial (por ocasião da realização do exame de qualificação no ano de 2014), pela participação na pré-banca, bem como por aceitarem compor a banca de defesa desta tese.

Aos professores Drs. *Alberto Olavo Advincula Reis* e *Paulo Borlina Maia*, pelas considerações e sugestões durante a pré-banca, bem como por aceitarem compor a banca de defesa desta tese.

Ao *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)*, pelo apoio financeiro à pesquisa, através da concessão de uma bolsa estudantil, a qual me permitiu uma dedicação integral a esse projeto científico.

À *Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)* por ter permitido meu afastamento das atividades de docência (ensino, pesquisa e extensão), a fim de que eu pudesse me dedicar exclusivamente ao processo de conclusão deste curso de doutorado.

*“Ser ou não ser, eis a questão:
Será mais nobre em nosso espírito sofrer pedras e flechas
com que a Fortuna, enfurecida, nos alveja,
Ou insurgir-nos contra um mar de provações e, em luto, pôr-lhes fim?
Morrer... dormir: não mais.*
(Hamlet – William Shakespeare – peça escrita entre 1599 e 1601)

*“Atônita, perplexa, viu-se à beira de um abismo; tudo era trevas ao seu redor, nenhuma
esperança, nenhum consolo, nenhuma ideia de futuro! Pois ele a abandonou, ele que dava
sentido à sua existência. Não via mais o vasto mundo à sua frente, nem aqueles que poderiam
substituir quem ela perdeu, sentindo-se sozinha, abandonada por todos...
Cega, oprimida pelo terrível vazio em seu coração, precipita-se para a morte, que tudo
abarca, sufocando assim todos os seus tormentos”.*
(Os Sofrimentos do Jovem Werther, página 58 – Goethe – 1774)

*“Ele disse:
- Pronto... Acabou-se...
Hesitou ainda um pouco, depois ergueu-se. Deu um passo. Eu... eu não podia mover-me.
Houve apenas um clarão amarelo perto da sua perna. Permaneceu, por um instante, imóvel.
Não gritou. Tombou devagarinho como uma árvore tomba.
Nem fez sequer barulho, por causa da areia”.*
(O Pequeno Príncipe, página 47 - Saint-Exupéry – 1943)

RESUMO

SILVA, J. L. **Suicídios invisibilizados:** investigação dos óbitos de adolescentes com intencionalidade indeterminada. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Introdução - Quando se fala da epidemiologia do suicídio, é importante destacar que as estatísticas oficiais podem estar subestimadas em decorrência de possíveis falhas na identificação e classificação da causa de morte. **Objetivo** - Investigar a existência de suicídios de adolescentes da cidade de Recife, que tenham sido classificados como óbitos de intencionalidade indeterminada, dos anos de 2000 a 2014, e a percepção dos legistas sobre o fenômeno e sua subnotificação. **Metodologia** - No Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de Recife, foram coletados todos os dados dos óbitos de adolescentes com intencionalidade indeterminada. Em seguida, foi criado um banco de dados com essas informações e, a partir deste, foram localizados, no Instituto de Medicina Legal (IML) de Recife, os documentos (Boletim de Ocorrência, Guia de Remoção de Cadáver, Ofício Policial de Encaminhamento do Corpo ao IML, Livro de Registro de Entrada de Corpos no IML, Laudo Tanatoscópico, Laudo Toxicológico e a guia rosa da Declaração de Óbito) referentes ao percurso que o corpo de cada vítima fez até ter sua morte classificada como indeterminada. Após o exame de cada um desses documentos, foi possível reclassificar 43 (21%) dos 203 óbitos em questão, utilizando um escore baseado no Índice de Concordância entre as classificações da intencionalidade do óbito registradas nos documentos. Todos os óbitos que apresentaram um percentual de concordância acima de 50%, a partir da consulta aos referidos documentos, tiveram sua intencionalidade reclassificada. Para a definição e reclassificação dos casos, foi utilizada a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), na qual os suicídios correspondem aos códigos X60 a X84, sob a denominação de lesões autoprovocadas intencionalmente. **Resultados** - Dos casos inicialmente classificados como sendo de intencionalidade indeterminada (n=203), 9% (n=19) foram reclassificados como suicídio. A estatística oficial do SIM reporta que, no período estudado, houve apenas 61 suicídios. Contudo, ao somar os 19 suicídios reclassificados ao quantitativo da estatística oficial, tem-se um total de 80 suicídios de adolescentes ocorridos de 2000 a 2014, o que indica um percentual geral de 23,7% de subnotificação. Não houve mudança no perfil das vítimas quando comparamos os dados antes e depois da reclassificação dos casos. Em ambas as situações, o maior contingente de casos de suicídio se concentra no seguinte perfil: adolescentes do sexo masculino, com idades entre 15 e 19 anos e de raça/cor parda. De acordo com os legistas entrevistados, questões como a sobrecarga de trabalho e a quantidade reduzida de recursos humanos são fatores que podem interferir no processo de determinação da intencionalidade dos óbitos. **Conclusões** - A partir da recuperação de informações contidas nos documentos encontrados no IML, foi possível reclassificar a intencionalidade das mortes por causas externas, melhorando a qualidade dos dados do SIM e permitindo a elaboração de um perfil epidemiológico mais fidedigno e condizente com o que ocorre na realidade. Este estudo, portanto, dentre todas as conclusões obtidas, reafirma a necessidade de sensibilizar constantemente os profissionais envolvidos no registro do óbito, para que se tenha um aprimoramento na qualidade das informações em saúde.

Descritores: Sistemas de Informação; Registros de Mortalidade; Causas de Morte; Suicídio; Adolescentes.

ABSTRACT

SILVA, J. L. **Invisibilized suicides:** investigation on undetermined intentionality deaths among adolescents. 2017. Thesis (Doctor of Public Health) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Introduction - Regarding suicide epidemiology, it is important to highlight that official statistics may be underestimated due to possible mistakes on the identification and classification of the cause of death. **Objective** - To investigate the existence of suicide cases among adolescents in the city of Recife, which had been classified as undetermined intentionality deaths, from the years 2000 to 2014, and the perception of the medical examiners on the phenomenon and its sub notification. **Methodology** - In the Mortality Information System (SIM) in Recife, all data from adolescent deaths with undetermined intentionality was collected. Afterward, a databank with all this information was created and, from there, the documents could be located in the Medico-Legal Institute (IML) in Recife: the Event bulletin, the Body Removal document, the Police document for Corpse Entry in IML, the Registry Book for Corpse Entry in IML, the Cause of Death and Toxicology reports and the pink version of the Death Certificate; all these documents refer to the path the body of each victim made until having its death classified as undetermined. After examination of each one of these documents, it was possible to reclassify 43 (21%) out of the 203 deaths in the case, using a score based on the index of agreement between classifications of death intentionality registered in the documents. All deaths which presented a percentage of agreement above 50% from the consultation to the referred documents had their intentionality reclassified. For the definition and reclassification of such cases, the tenth review of the International Disease Classification (CID-10) was used, where suicides correspond to codes X60 to X84, under the name of intentionally self-inflicted lesions. **Results** - Out of the cases initially classified as having undetermined intentionality (n=203), 9% (n=19) were reclassified as suicide. The official statistics from SIM report that, within the studied period of time, there were only 61 suicides. However, adding the 19 reclassified cases to the official statistics quantitative, there are a total of 80 suicides among adolescents from the year 2000 to 2014, which indicates a general percentage of 23.7% of sub notification. There was no change in the profile of the victims when comparing data from before and after the reclassification of the cases. In both situations, the bigger contingent of suicide cases is concentrated in the following profile: male adolescents, brown-coloured, aging from 15 to 19 years. According to the interviewed medical examiners, issues such as work overload and reduced amount of human resources are factors that might interfere in the process of undetermining death intentionality. **Conclusions** - From the recuperation of information contained in the documents found in IML, it was possible to reclassify the intentionality of deaths by external causes, improving the quality of data in SIM and allowing the elaboration of a more reliable and compatible epidemiologic profile regarding reality. This study, in fact, among all the obtained conclusions, reaffirms the need for constant sensitization of professionals involved in the death registration process, so that there is an enhancement in the quality of information in healthcare.

Key-words: Information Systems; Mortality Registry; Death Causes; Suicide; Adolescents.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 O suicídio como fato social	12
1.2 O suicídio como um problema de saúde pública	17
1.3 O suicídio entre adolescentes	27
1.4 Suicídios x óbitos com intencionalidade indeterminada (estatísticas do suicídio)	32
2. OBJETIVOS.....	37
2.1 Geral	37
2.2 Específicos	37
3. METODOLOGIA.....	38
3.1 Delineamento da pesquisa (tipo de estudo)	38
3.2 Local de realização da pesquisa	40
3.3 Populações estudadas	43
3.3.1 Critérios de inclusão.....	43
3.3.2 Critérios de exclusão.....	44
3.4 Definição de caso	44
3.5 Natureza e coleta dos dados	46
3.5.1 Coleta de dados no SIM Recife.....	46
3.5.2 Coleta de dados no IML Recife.....	47
3.5.2.1 Coleta de dados quantitativos.....	47
3.5.2.2 Coleta de dados qualitativos.....	51
3.6 Plano de análise	52
3.6.1 Análise quantitativa (estatística descritiva).....	52
3.6.2 Análise qualitativa (conteúdo das falas dos entrevistados segundo Bardin).....	53
3.7 Aspectos éticos relacionados à pesquisa	58
4. RESULTADOS.....	59
4.1 Análise quantitativa (estatística descritiva)	59
4.2 Análise qualitativa (conteúdo das falas dos entrevistados segundo Bardin)	67
4.2.1 Primeira categoria de análise: percepções acerca do suicídio enquanto fato social.....	67
4.2.2 Segunda categoria de análise: percepções sobre o suicídio de adolescentes.....	70
4.2.3 Terceira categoria de análise: registro do óbito por suicídio.....	72
4.2.4 Quarta categoria de análise: dificuldades encontradas no processo de trabalho.....	76
4.2.5 Quinta categoria de análise: percepção sobre a subnotificação de suicídios.....	81
4.2.6 Sexta categoria de análise: recursos utilizados para esclarecer a intencionalidade e classificar o óbito.....	81
4.2.7 Sétima categoria de análise: sugestões para melhorar a qualidade da informação sobre a intencionalidade do óbito.....	86
5. DISCUSSÃO.....	88
6. CONCLUSÕES.....	101
7. RECOMENDAÇÕES.....	103
8. REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICES.....	115
ANEXOS.....	122
CURRÍCULO LATTES	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Profissionais atestantes dos óbitos com intencionalidade indeterminada. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.....	59
Tabela 2 - Documentos pesquisados no IML Recife referentes aos 203 óbitos com intencionalidade indeterminada. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.....	60
Tabela 3 - Perfis dos suicídios antes e depois da investigação da intencionalidade dos óbitos, meios utilizados pelas vítimas e percentuais de subnotificação. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.....	61
Tabela 4 - Comparação entre as taxas de mortalidade por suicídio (variação percentual e razão de taxas), por 100.000 hab. segundo os triênios estudados. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.....	66
Tabela 5 - Distribuição dos óbitos por suicídio, segundo DS. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.....	66
Tabela 6 - Local de ocorrência dos óbitos por suicídio. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014....	67
Tabela 1 do apêndice 1 - Percentual de adolescentes que compõem a população do Recife e Razão de Sexos, segundo os quatro últimos censos populacionais (1980, 1991, 2000 e 2010)..	115
Tabela 1 do apêndice 4 - Reclassificação dos óbitos indeterminados, quanto à intencionalidade, a partir de dados do IML Recife e percentual de subnotificação. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.....	118
Tabela 2 do apêndice 4 - Caracterização dos óbitos que foram reclassificados como acidentes e homicídios, bem como das mortes que permaneceram com sua intencionalidade indeterminada. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.....	120

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipologia das violências de acordo com a OMS.....	18
Figura 2 - Taxas de suicídio (padronizadas por idade), ambos os sexos, 2012, segundo a OMS.....	21
Figura 3 - Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio.....	21
Figura 4 - Número de suicídios no mundo, segundo faixa etária, em 2012.....	28
Figura 5 - Triangulação, segundo Kelle.....	39
Figura 6 - Divisão da cidade de Recife em Distritos Sanitários e respectivos bairros.....	41
Figura 7 - Distribuição da população de Recife, em 2010, por sexo e faixa etária.....	42
Figura 8 - Fluxo de coleta dos dados no IML Recife.....	51
Figura 9 - Etapas de desenvolvimento da Análise de Conteúdo proposta por Bardin.....	57
Figura 10 - Óbitos por suicídio, de acordo com o meio utilizado, segundo as duas fontes de dados utilizadas na pesquisa (%). Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.....	63
Figura 11 - Óbitos por suicídio, de acordo com o meio utilizado, segundo o sexo (%). Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.....	63
Figura 12 - Óbitos por suicídio, de acordo com o meio utilizado, segundo a faixa etária (%). Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.....	64
Figura 13 - Comportamento da taxa de mortalidade por suicídio (por 100.000), segundo as duas fontes de dados utilizadas na pesquisa (%). Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.....	65
Figura 14 - Percepções acerca do suicídio enquanto fato social. Legistas atuantes no IML Recife. 2016.....	70
Figura 15 - Percepções sobre o suicídio de adolescentes. Legistas atuantes no IML Recife. 2016.....	72
Figura 16 - Registro do óbito por suicídio. Legistas atuantes no IML Recife. 2016.....	76
Figura 17 - Dificuldades encontradas no processo de trabalho. Legistas atuantes no IML Recife. 2016.....	80
Figura 18 - Recursos utilizados para esclarecer a intencionalidade e classificar o óbito. Legistas atuantes no IML Recife. 2016.....	85

LISTA DE SIGLAS

BO – Boletim de Ocorrência

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DO – Declaração de Óbito

DS – Distrito Sanitário

GRC – Guia de Remoção de Cadáver

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Índice de Concordância

IML – Instituto de Medicina Legal

MS – Ministério da Saúde

NE – Nordeste

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPEC – Ofício Policial de Encaminhamento do Corpo

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. INTRODUÇÃO

1.1 O suicídio como fato social

Etimologicamente, a palavra “suicídio” possui raízes latinas e deriva da junção do pronome *sui* (si mesmo) ao verbo *caederes* (ação de matar), significando, portanto, o ato voluntário por meio do qual o indivíduo intenciona e provoca a própria morte (VIEIRA, 2008). Nesse sentido, Araújo et al. (2010) afirmam que o suicídio se refere ao desejo consciente de findar a própria vida, tendo o indivíduo a clara noção do que o ato executado pode gerar.

Na atualidade, o termo “suicídio” é utilizado usualmente para definir a morte intencional autoinfligida, tendo surgido em 1630 como um neologismo latino no livro “Religio Medici” escrito pelo estudioso inglês Thomas Browne, no momento em que este discorre sobre o suicídio do político romano Catão – o Jovem. Entretanto, apesar da palavra ter surgido na Inglaterra desse período, só no século XVIII é que ela foi utilizada em língua francesa, pelo abade Desfontaines, para significar “o assassinato ou morte de si mesmo” (MELEIRO et al., 2007). Com o igual significado, também é possível encontrar a palavra “autocídio” para se referir a um evento da mesma natureza (KUCZYNSKI, 2014).

Fato notório é que, independente da origem da palavra, o suicídio sempre existiu na história da humanidade, mesmo antes de assim ser denominado. Os gregos, por exemplo, usavam o termo “*kekousios thanatos*” e os romanos, “*mors voluntariae*” para se referir ao mesmo tipo de morte. No Egito Antigo, tornou-se famoso o poema “Diálogo de um homem cansado da vida com sua alma”, que apresenta um debate de um homem com ideias suicidas e seus impulsos de autodestruição. Na América Latina, os maias acreditavam que a deusa Ixtab protegia a alma daqueles que cometiam o suicídio, sendo representada com uma corda em volta do pescoço e com marcas claras de seu estado de putrefação (MENÉNDEZ, 2011).

Sansão, Cleópatra, Judas Iscariotes, Lucrecia, Narciso, Romeu e Julieta, Emma Bovary (a Madame Bovary), Virginia Woolf, Florbela Espanca, Santos Dumont, Adolf Hitler, Getúlio Vargas, Thomas Chatterton (este, então, com 17 anos) são exemplos de personagens e personalidades que tiveram suas histórias marcadas pelo suicídio ao longo da história da humanidade.

Apesar de sua constante presença em todas as civilizações, o que muda é a forma como cada sociedade vai entender e lidar culturalmente com o ato suicida, transformando-o num tabu

social¹— mediado por questões religiosas, éticas e/ou morais – ou num ato de coragem que faça cessar as possíveis dores subjetivas que cada sujeito possa ter, advindas do peso da existência.

Nesse sentido, tradicionalmente, o ato suicida foi entendido como um evento que diz respeito única e exclusivamente à pessoa que o executou, encerrando em seu interior todos os fatores envolvidos na causalidade do óbito. No final do século XIX, rompendo essa lógica centrada no indivíduo, Émile Durkheim, sociólogo francês e autor de um dos mais conhecidos trabalhos sobre o suicídio, foi um pioneiro ao compreender esse fenômeno como sendo um evento que precisa ser analisado pela ótica da coletividade, defendendo, ainda, que as causas que levam ao suicídio são, antes de tudo, de natureza social e intimamente relacionadas à fragilidade moral da sociedade da qual o indivíduo faz parte (DURKHEIM, 2011 [1897]).

Para Durkheim (2012 [1895]), o suicídio é um fato social que, enquanto categoria analítica, é produto da vida em sociedade. Ele afirma que os fatos sociais são exteriores aos indivíduos, ou seja, pertencem à realidade que circunda o homem, como elementos que independem da pessoa; são coercitivos, porque exercem um poder de influência nos indivíduos para agir ou não de determinada maneira e, por fim, os fatos sociais são gerais, isto é, estão difundidos na vida social e atingem a todos, se aplicam a todos os indivíduos que fazem parte da sociedade².

Dessa forma, o fato social não reside no plano da biologia ou da individualidade, apesar de poder se relacionar com estes. A partir dessa premissa, o autor coloca que, o objetivo principal da Sociologia seria estudar os fatos sociais e que, entendendo o suicídio como fato social, este só poderia ser explicado por outros fatores sociais.

Assim, após estudar os perfis das pessoas que eram mais propensas a morrer por suicídio³, Durkheim relacionou sua explicação à ideia de solidariedade social e a dois tipos de laços dentro da sociedade: a integração social e a regulação social. Ele concluiu que os indivíduos bem integrados socialmente, ou seja, aqueles que possuíam laços sociais sólidos

¹ Para Freud, o tabu expressaria um sentimento coletivo de natureza proibitiva sobre um determinado comportamento ou assunto (FREUD, 2013 [1913]). A partir disso, pode-se dizer que um tabu social se refere a um tema sobre o qual se devem evitar maiores aprofundamentos e discussões. Socialmente, o suicídio tem sido tratado, ao longo da história, como um genuíno tabu social: as pessoas preferem não falar e quem já o tentou, quase sempre, oculta a vivência. Dessa forma, sendo o suicídio um tabu, as sociedades acabam por criar mitos sobre ele.

² Alguns exemplos de fato social são: a família, a língua, o direito, o desemprego e o suicídio (objeto de estudo caro a Durkheim).

³ Atualmente, é consenso tanto na Suicidologia quanto na área da Saúde Mental (lato sensu), que a expressão mais adequada a ser utilizada é “morrer por suicídio” e não “cometer suicídio”. Pode parecer apenas um preciosismo linguístico, mas isso se deve ao fato de que, em muitos países, a tentativa de suicídio já foi considerada crime, com aplicação de penas e multas para aqueles que sobrevivessem. Assim, já que o verbo “cometer” traz uma conotação relacionada ao crime e as tentativas de suicídio não se caracterizam como atos criminosos, não parece mais coerente utilizá-lo para relacioná-lo a uma questão modulada por fatores sociais e biológicos.

(levando em consideração não apenas a quantidade desses laços, mas também sua qualidade) tinham menos chances de se suicidar. Contudo, o sociólogo aponta que um nível de coesão excessivo e extremado também poderia ser um fator capaz de levar ao suicídio (DURKHEIM, 2011 [1987]).

Baseado nisso, Durkheim identificou quatro tipos diferentes de suicídio. Estes seriam mais ou menos preponderantes na coletividade a depender da natureza das pressões que estruturam e estão presentes no meio social, enfatizando que uma possível explicação para a gênese do suicídio está na maneira como o indivíduo se relaciona com a sociedade a qual pertence.

Desta forma, tem-se, de acordo com as diferentes perturbações na relação homem-sociedade:

- O Suicídio Egoísta – este seria o mais comum dos quatro tipos, sendo característico de sociedades modernas com baixa coesão social e altamente individualistas. Aqui, o suicida percebe que perdeu os laços com as pessoas mais próximas e não encontra mais razões para viver, sendo tomado por sentimentos de grande melancolia, sensação de desamparo e de não pertencimento. Isso deixará o indivíduo progressivamente mais vulnerável à inclinação coletiva para o suicídio e cada vez menos integrado à sociedade. Em consequência da perda completa do vínculo com meio social, também há a perda do vínculo com qualquer fator que possa impedi-lo de praticar o ato suicida. Dessa forma, o sujeito acredita que o ato de consumir a própria vida, não causará impacto algum no resto da sociedade e, assim, seus fins próprios (individuais) tonam-se maiores que os fins coletivos. Como exemplo deste tipo, observado por Durkheim, estão os casos em que divorciados se suicidam devido ao fim de um relacionamento.
- O Suicídio Altruísta – também chamado de filantrópico, é o extremo oposto do Suicídio Egoísta. Esse tipo é muito frequente em sociedades que possuem um excesso de regulamentação dos indivíduos pelas forças sociais, gerando um nível demasiado de integração entre o sujeito e o meio no qual está inserido. A pessoa se confunde com o todo social (tamanho seu nível de coesão), subordinando-se às expectativas e força coercitiva do coletivo, mesmo quando sua existência está em risco, pois não há a percepção do individual ou de vida própria. Os indivíduos que morrem por este tipo de suicídio o fazem porque acreditam que sua morte trará uma espécie de benefício para a sociedade. Nesse contexto, Durkheim estudou o acontecimento desse tipo de suicídio em sociedades "primitivas" ou "antigas", mas também em regimentos militares muito

rígidos (como guardas imperiais ou de elite) na sociedade contemporânea. Podem ser citados ainda como exemplos modernos desse tipo de suicídio: o caso dos pilotos japoneses kamikazes, que atuaram na II Guerra Mundial; os homens-bomba, que têm ganhado cada vez mais evidência no mundo desde as décadas finais do século XX; os suicídios dos sequestradores dos aviões que se chocaram contra o World Trade Center no atentado do 11 de setembro de 2001; ou ainda, os suicídios coletivos de membros de seitas religiosas.

- O Suicídio Anômico – é típico de sociedades que vivenciam situações com elevado grau de anomia⁴ e pouca estabilidade social, causadas por momentos súbitos de crise coletiva. Este é o tipo de suicídio que mais despertou interesse em Durkheim, justamente pelo fato de tais casos manterem uma íntima relação com acontecimentos promotores de desagregação social, os quais causam convulsões na ordem e regulação da sociedade. Em consequência disso, havendo a destruição das regras que mantêm a coesão comunitária, surgirão consideráveis mudanças de conjuntura nos setores econômicos e sociais macroestruturais. Assim, uma vez que o indivíduo não consegue lidar com as mudanças advindas da crise e reconhece que se encontra incapaz de promover qualquer ação significativa que reestabeleça a ordem, o suicídio passa a ser uma alternativa para escapar e fugir do novo com o qual não sabe lidar. Esta é a forma de suicídio atribuída, principalmente, às pessoas cujo padrão de vida diminui drasticamente ou aos chefes de Estado que perdem o poder de forma repentina. Exemplos arquetípicos de Suicídios Anômicos são a onda de autoquíria dos empresários norte-americanos, durante a crise econômica de 1929 (a Grande Depressão), ou ainda os casos também históricos de Cleópatra, Adolf Hitler e Getúlio Vargas.

O autor identifica relações de semelhança entre os Suicídios Egoísta e Anômico, já que em ambas as situações a sociedade não está suficientemente presente no âmago dos indivíduos. No entanto, o Suicídio Anômico difere-se dos outros dois tipos anteriores por não depender

⁴ O conceito de anomia, primeiramente utilizado por Durkheim em 1893, em outro contexto, refere-se, de modo geral, à ausência de uma força reguladora, provocada pelas profundas transformações que ocorrem no mundo social moderno. Pode-se dizer que uma sociedade se encontra em estado de anomia quando esta não é capaz de controlar o comportamento dos indivíduos. Como consequência dessa falta de regras, ocorre uma perda da identidade, que historicamente está fortemente relacionada ao surgimento do Capitalismo pós Revolução Industrial. A modernidade, através de seus constantes processos de mudança, gera uma espécie de vazio de significado no cotidiano de muitos indivíduos. Esse cenário leva o sociólogo francês a afirmar que, na anomia, há um sentimento de se “estar à deriva” com perda da atuação consciente. (DURKHEIM, 2010 [1893]).

apenas da maneira como os indivíduos estão vinculados à sociedade, mas por ser também dependente da forma como essa sociedade os regula. Portanto, além do indivíduo não encontrar razões em si e em algo exterior a ele, soma-se o fato de que a sociedade, por algum motivo, não está em condições de controlá-lo. (DURKHEIM, 2011 [1987]).

O suicídio egoísta provém do fato de os homens já não perceberem razão de ser na vida; o suicídio altruísta, do fato de essa razão lhes parecer estar fora da própria vida; o terceiro tipo de suicídio, cuja existência acabamos de constatar, decorre do fato da atividade dos homens estar desregada e de eles sofrerem com isso. Devido à sua origem, daremos a esse último tipo o nome de suicídio anômico (DURKHEIM, 2011 [1987], p.254).

Assim, levando em consideração que, o problema do suicídio, enquanto fato social, está situado principalmente no grau de articulação dos dois polos, indivíduo e sociedade, ter-se-ia, então: no Suicídio Egoísta, puro individualismo; no Suicídio Altruísta, um sacrifício que obscurece as individualidades e evidencia a sociedade; e no Suicídio Anômico, a malha social se desfaz e as motivações individuais se perdem num momento de crise.

Embora apenas mencione rapidamente numa nota de rodapé de sua obra, não aprofundando teórico-conceitualmente, Durkheim ainda trata de um quarto tipo de suicídio, o Fatalista.

- O Suicídio Fatalista – considerado o tipo mais raro de autocídio e dotado de pouca importância, no momento histórico em que o autor o classificou, tem sua ocorrência em sociedades que possuem um código de conduta excessivamente rígido e fixamente estabelecido. Diferentemente do Suicídio Anômico (onde há uma ausência de regras), aqui, tem-se a presença de uma regulação coercitiva demasiada por parte do construto social que envolve o sujeito. Diante disto, a única alternativa que resta ao indivíduo, para se livrar de tal situação, é colocar fim à própria vida, uma vez que este encontra-se diante de uma situação insuportável e seu futuro será, obrigatoriamente, trágico e imutável. O autor cita os suicídios de pessoas em situação de escravidão como exemplo de Suicídio Fatalista. Outros estudiosos complementam essa ideia mencionando, nessa mesma taxonomia, as ocorrências de autoextermínio em situações de intensa pressão social, como em prisões e em cidades sitiadas por um inimigo (BOTEGA, 2015).

Contrário às crenças de seu tempo, Durkheim propunha que, embora o suicídio seja um ato individual, suas origens são sociais. E, apesar das duras críticas que sua teoria sofreu ao

longo do século XX, tanto do ponto de vista ideológico (devido ao seu caráter francamente positivista) quanto no aspecto metodológico (por sua confiança demasiada em relação à estatística de poucos países num reduzido recorte cronológico, pela ínfima importância dada aos transtornos de ordem mental que influenciam a gênese do suicídio e pela alardeada falácia ecológica⁵), esse primeiro estudo sistematizado sobre o suicídio tem contribuído, até hoje, para a discussão em torno das definições, bem como dos aspectos sociais e biológicos que circundam esse fenômeno (SOLOMON, 2014; BOTEAGA, 2015). Sem dúvidas, a iniciativa pioneira de Durkheim, ao se voltar para a análise deste evento, lançou as bases que propiciaram um desenvolvimento potencializado dos mecanismos de produção do conhecimento em áreas como a Sociologia e, em especial, na Epidemiologia.

Cada vez mais, entende-se que um suicídio observado individualmente é resultante de uma psicopatologia, mas a aparência relativamente consistente de uma tendência psicopatológica ao suicídio parece estar ligada aos construtos sociais (SOLOMON, 2014). E, embora a Psiquiatria moderna ainda defina a morte voluntária como um fenômeno individual, foi o pensamento do estudioso francês que lançou as bases para que as Ciências Sociais descrevessem o suicídio como um comportamento que precisa ser examinado numa perspectiva mais ampliada (MENEGHEL et al., 2004), influenciando também a percepção do campo da Saúde Pública acerca deste fato biológico-social.

1.2 O suicídio como um problema de saúde pública

Pode-se dizer que os gestores do setor Saúde, no Brasil, têm compreendido o suicídio como sendo um evento de menor importância. Provavelmente, isso se deve à comparação que é feita entre os suicídios e os outros tipos de mortes por causas externa, os homicídios e os acidentes, que são numericamente superiores e para os quais é direcionada a maior parte dos recursos voltados ao enfrentamento e combate das causas externas de adoecimento e morte.

No ano 2000, pela primeira vez, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um manual dirigido a profissionais atuantes na atenção primária. Neste documento, a instituição faz recomendações para prevenção do suicídio, apontando a necessidade de estímulo à pesquisa sobre o tema, além de apresentar medidas para reduzir o acesso aos meios letais. Nesse sentido, ressalta-se a importância do desarmamento, do controle da posse de armas de fogo, como

⁵ A falácia ecológica é um tipo de viés que pode estar presente nos estudos epidemiológicos de caráter ecológico, sendo resultante da realização de inferências causais, em relação a indivíduos, a partir de dados que têm por base a observação de grupos (MEDRONHO, 2009).

também a instalação de barreiras em locais que possam induzir à queda de pessoas (OMS, 2000).

Dois anos depois, a OMS divulgou o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde – documento que pode ser considerado uma síntese das principais reflexões acadêmicas e institucionais que vinham se acumulando ao longo das últimas décadas do século XX – não deixando dúvida quanto ao compromisso que deve ser assumido pelo setor Saúde tanto em relação à abordagem e discussão do tema da violência, quanto na formulação de políticas de prevenção específicas para cada tipo de violência elencada pela agência internacional (OMS, 2002).

Esta publicação da OMS forneceu um diagnóstico situacional geral acerca da violência no mundo (em suas mais diferentes manifestações, incluindo aí o suicídio sob a denominação de violência autoprovocada – Figura 1), apontou métodos de abordagem para sua aferição e compreensão, propôs estratégias de atuação, bem como fez recomendações aos países membros da OMS. Uma dessas recomendações foi a de que cada país produzisse seu próprio relatório com considerações sobre o histórico e o diagnóstico do seu cenário específico de violências e respectivas propostas de ação.

Figura 1 - Tipologia das violências de acordo com a OMS (2002).

Só quatro anos após esta recomendação da OMS, que já alertava para o fato de que as taxas de suicídio tinham aumentado 60% em todo o mundo nos últimos 45 anos até então (OMS, 2002), é que o Ministério da Saúde (MS) brasileiro lançou a Estratégia Nacional para a Prevenção ao Suicídio (BRASIL, 2006a), apresentando diretrizes que visavam diminuir os óbitos e as tentativas de suicídio, além da redução dos danos associados ao impacto que uma situação dessa natureza pode trazer a uma família. Simultaneamente, numa parceria com a

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), foi publicado o Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental (BRASIL, 2006b), objetivando capacitar os profissionais para detectar precocemente condições associadas a essa causa de morbimortalidade e, assim, empreender medidas de prevenção.

Na década seguinte, a OMS prosseguiu alertando, em seus informes, sobre a necessidade de prevenção do suicídio. Em 2012, foi publicado o documento “Saúde Pública - ação para a prevenção de suicídio: uma estrutura”, que reforça o fato de que, apesar de ser prevenível, o suicídio é uma das três principais causas de morte entre pessoas com idade economicamente ativa, configurando-se também como a segunda maior causa de morte entre pessoas de 15 a 19 anos (OMS, 2012). No ano de 2014, foi lançada uma robusta publicação intitulada “Prevenção do suicídio: um imperativo global”, a qual coloca o Brasil no oitavo lugar em números absolutos de suicídio⁶ e reforça a urgência da adoção de medidas preventivas (OMS, 2014).

Entretanto, quase vinte anos após às primeiras recomendações da OMS referentes às medidas de monitoramento dos atos suicidas, o Brasil ainda não possui um plano nacional de prevenção do suicídio, o que reflete a falta de vontade política por parte da gestão em saúde em compreender o suicídio como um importante e avassalador problema de saúde pública, por mais que os indicadores mostrem sua magnitude.

Apesar da expressão “problema de saúde pública” ter sido muito banalizada, existem critérios que definem se determinada situação corresponde, de fato, a um problema de saúde pública. São eles: a **magnitude** da doença ou agravo, expressa pela força com que impacta e está presente na população (sendo mensurada pelas tradicionais medidas da saúde coletiva - incidência e prevalência); a **gravidade** do evento, estimada através de seu potencial de letalidade (ou seja, do quanto é capaz de ocasionar a morte) e a existência (ou não) de tecnologias e mecanismos de prevenção que possibilitem o **controle** da situação, a fim de evitar sua disseminação na população (COSTA e VICTORA, 2006). Assim, de acordo com Gonçalves (2006), quando determinada situação tem grande magnitude, elevada letalidade, mas seus indicadores não diminuem, mesmo existindo formas de prevenção e controle, estamos diante de um problema de saúde pública.

A partir desse referencial teórico, é possível entender e classificar o suicídio como um legítimo problema de saúde pública, dado que o panorama epidemiológico global evidencia sua

⁶ O país com o maior número absoluto de mortes por suicídio é a Índia (258 mil óbitos). Em seguida, vem a China (120,7 mil), os Estados Unidos (43 mil), a Rússia (31 mil), o Japão (29 mil), a Coreia do Sul (17 mil) e o Paquistão (13 mil). O Brasil aparece em oitavo lugar com um total de 11.821 mortes em 2012 (OMS, 2014).

magnitude, como será visto a seguir; a natureza do evento, em si, revela sua gravidade; somada à constatação de que já existem alternativas capazes de prevenir e controlar as taxas de suicídio que não têm diminuído no mundo (OMS, 2014).

Quanto à magnitude do evento, estima-se que 804.000 pessoas se suicidem a cada ano, em todo o mundo, o que corresponde a mais de 2.200 mortes por dia, 1 óbito a cada 40 segundos (OMS, 2014). É importante evidenciar também que o suicídio já representa a segunda principal causa de morte entre pessoas com idades de 15 a 29 anos, sendo historicamente mais frequente entre indivíduos do sexo masculino. Sobre a distribuição dos suicídios entre os continentes, a OMS destaca que as taxas mais altas de mortalidade por essa causa ainda pertencem aos países nórdicos, ricos, frios e com baixa incidência de luz solar. Entretanto, a mesma instituição aponta que, em 2012, 75,5% dos óbitos por suicídio (em números absolutos) ocorreram em países pobres e em desenvolvimento, como o Brasil, onde a renda é considerada baixa ou média (OMS, 2014).

Destarte, no ranking elaborado pela OMS, quando se consideram as ocorrências por 100 mil habitantes e não apenas o número absoluto de óbitos, o Brasil está na 113ª posição. A taxa de mortalidade por suicídio no Brasil, em 2012, foi de 5,8/100.000, abaixo da média mundial, que é de 11,4 (Figura 2). Entretanto, quando se compara com a situação do ano 2000, constata-se que houve um aumento de 10,4% no número de casos, sendo que, entre as mulheres de todas as idades, esse crescimento foi mais expressivo: 17,8%. Entre os homens, o percentual foi de 8,2%. (OMS, 2014). Mesmo sendo tão alarmantes, é provável que estes números estejam subestimados e que a magnitude do suicídio seja ainda maior do que revelam as estatísticas oficiais (BOTEGA, 2014).

Para analisar o suicídio à luz do segundo critério, a gravidade, é fundamental compreendê-lo enquanto um processo com etapas sucessivas e consequentes. Esta concepção, segundo Werlang et al. (2005), permite enxergar o comportamento suicida como um contínuo formado por três momentos com características distintas: ideação suicida (que se origina a partir de pensamentos com intenção autodestrutiva, planejamento e desejo de se matar), tentativa de suicídio (que não se restringe mais às ameaças e gestos, passando à materialização da ideação suicida) e, por fim, a consumação do ato suicida (que seria o suicídio concretizado ou propriamente dito).

Figura 2 - Taxas de suicídio (padronizadas por idade), ambos os sexos, 2012, segundo a OMS.

Nesse sentido, conjectura-se que as tentativas de suicídio superem o número de óbitos por suicídios em pelo menos dez vezes. Contudo, não há, em nenhum país, um registro de abrangência nacional dessas tentativas (BOTEAGA, 2014). Os dados referentes a essa questão, no Brasil, derivam de um estudo realizado por Botega et al., (2009), na cidade de Campinas-SP, onde para cada atendimento em unidades de saúde resultantes de tentativas de suicídio, três outras pessoas tentaram tirar a própria vida, cinco pessoas planejaram a própria morte e dezessete pensaram no suicídio como alternativa possível (Figura 3).

Figura 3 - Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio (BOTEAGA et al., 2009).

Esse esquema ilustra uma espécie de iceberg, que dimensiona o quanto a dinâmica suicida é invisibilizada, uma vez que apenas uma pequena proporção do chamado “comportamento suicida” chega ao conhecimento das estatísticas oficiais. Há de se considerar também que o esquema não contempla os casos de suicídio efetivos que acabam não sendo registrados como tal, pois seu objetivo é mesurar as ideações e tentativas de autoquíria.

Continuando com a análise sobre a gravidade do evento, é significativo registrar que sua letalidade está diretamente relacionada ao tipo de meio empregado para consumá-lo. E este meio, por sua vez, mantém íntima relação com o sexo da vítima. Nessa perspectiva, as mulheres tendem a adotar meios considerados menos violentos (também chamados de meios menos drásticos ou menos letais) como o envenenamento por “chumbinho” (pesticida ilegalmente vendido como raticida) ou a intoxicação por overdose medicamentosa por exemplo. Já os homens têm uma predileção maior pelas armas de fogo e outros meios mais fatais (BOTEGA, 2015; ABASSE et al., 2009). A ingestão de pesticida, o enforcamento e o uso de armas de fogo estão entre os métodos mais comuns adotados pelas vítimas em nível global (OMS, 2014).

Também é pertinente referir que os meios mais frequentemente usados para executar o suicídio podem variar de acordo com a cultura e com o maior ou menor acesso que as pessoas têm a estes. Assim, na Inglaterra e Austrália, há um predomínio do enforcamento e da intoxicação por gases; nos Estados Unidos, prepondera a arma de fogo; na China e no Sri Lanka, é mais frequente o envenenamento por pesticidas (BERTOLOTE, 2012a). Como muitos países da África, América do Sul e Ásia possuem uma economia fortemente agrária, os pesticidas usados nos casos de suicídio são, em sua maioria, os organofosforados⁷, em desrespeito às convenções internacionais que preconizam a proibição desses agentes (BERTOLOTE, 2012a).

Estudos recentes afirmam que o grau de letalidade dos métodos de suicídio precisa ser contraposto à presteza de um possível socorro e à viabilidade de tratamento das pessoas que tentam se matar (BOTEGA, 2014). Contudo, infelizmente, nos registros oficiais de mortalidade por essa causa de morte, há elevadas taxas de indeterminação dos meios utilizados para efetuar o suicídio. Essa deficiente qualidade dos dados, no que se refere aos métodos utilizados pelos indivíduos, é uma importante questão que precisa ser prontamente aprimorada nos registros de

⁷ De acordo com Quin (2000), os organofosforados são compostos químicos de natureza orgânica degradável utilizados, principalmente, na agricultura para o controle de pragas, na forma de inseticidas, herbicidas e reguladores do crescimento das plantas. Em casos de ingestão pelo homem, os organofosforados farão com que a acetilcolina (neurotransmissor) permaneça mais tempo nas fendas sinápticas, potencializando os efeitos parassimpáticos (tais como miose ocular, náuseas, vômito, diarreia, entre outros).

óbito. Pois, essas informações são essenciais para que se possa elaborar estratégias de prevenção direcionadas a limitar e coibir o acesso a tais meios (BOTEGA, 2014).

Por fim, analisando o suicídio à luz do último critério que o qualifica como um problema de saúde pública, a possibilidade de seu controle e prevenção, é necessário (como em qualquer outro agravo) identificar os perfis de maior vulnerabilidade associados aos principais fatores de risco e de proteção. Só assim, é possível pensar em alternativas tecnológicas capazes de atuar frente a ameaças de suicídio.

Em relação aos perfis mais vulneráveis, como já foi colocado, o suicídio é mais frequente em homens do que em mulheres. Além disso, o documento mais recente da OMS sobre o autocídio, afirma que os idosos e os adolescentes são os grupos mais propensos a se suicidar (OMS, 2014). De acordo com Bertolote (2012), neste último grupo, as taxas de suicídio têm crescido numa velocidade maior do que o observado na população geral. Essas taxas também são elevadas em grupos que sofrem discriminação histórica e ostensiva como refugiados e migrantes, indígenas, LGBTI (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais) e pessoas privadas de liberdade (OMS, 2014). Nesses casos, cabe salientar que a vulnerabilidade que os torna mais inclinados ao suicídio não reside na sua condição em si. Por exemplo, não é o fato de ser LGBTI que aumenta a vulnerabilidade desse grupo, mas a forma como a sociedade lida e acolhe esses sujeitos, reacendendo, de certa forma, o que foi postulado por Durkheim há mais de um século.

Em relação aos principais fatores de risco, a OMS afirma que, com certeza, o mais relevante para o suicídio seja a tentativa anterior (OMS, 2014). Em outras palavras, um sujeito que já tentou suicídio em algum momento de sua vida tem maiores chances de, numa nova tentativa, vir a morrer, consumando o ato. Entretanto, embora isso seja factual, é necessário ampliar o debate no intuito de associar os perfis de vulnerabilidade aos principais fatores envolvidos na gênese do autoextermínio.

Nesse sentido, diversos pesquisadores têm se dedicado a entender o que leva tantas pessoas de diferentes localidades do mundo, com diferentes costumes e práticas sociais a optar por tirar a própria vida. Contrariamente ao que se possa deduzir, essa não é uma resposta óbvia e evidentemente clara, pois existe uma série de fatores que se comportam em rede, sincronicamente combinados, na determinação explicativa da causalidade do suicídio. De uma maneira geral, pode-se dizer que existe um entrelaçamento de fatores de ordem social, como já amplamente referido, com fatores psicológicos e biológicos (SOLOMON, 2014; OMS, 2014).

Frequentemente, tem-se defendido que a maioria dos suicídios tem como base um transtorno de ordem mental. Sendo a depressão um dos transtornos mentais mais comuns, a

relação de associação entre depressão e suicídio é feita usualmente (BERTOLOTE e FLEISCHMANN, 2004; BERTOLOTE, 2012a; BOTEGA, 2014). Entretanto, sobre esse tópico, Andrew Solomon afirma em seu livro, *O Demônio do Meio Dia*, o seguinte:

Muitos depressivos nunca se tornam suicidas. Muitos suicídios são cometidos por pessoas que não são depressivas. Os dois elementos não são partes de uma única equação lúcida, uma ocasionando a outra. São entidades separadas que com frequência coexistem, influenciando-se mutuamente. [...] há diferenças sutis, mas importantes entre querer estar morto, querer morrer e querer se matar. A maioria das pessoas tem, de tempos em tempos, o desejo de estar morto, anulado, além da dor. Na depressão, muitos querem morrer, fazer uma passagem concreta do estado em que se encontram para se libertar das aflições da consciência. Querer se matar, contudo, requer um nível extra de paixão e uma certa violência direcionada. O suicídio não é o resultado da passividade; é o resultado de uma ação. Requer uma grande quantidade de energia e uma vontade forte, além de uma crença na permanência do momento atual e pelo menos um toque de impulsividade (SOLOMON, 2014, p. 247).

Deste modo, no tangente ao peso que as desordens mentais exercem na causalidade do suicídio, a OMS adota uma postura mais conciliadora e afirma que, em países desenvolvidos, a prática do autocídio tem relação com os transtornos mentais provocados especialmente por abuso de álcool, outras drogas e depressão. Já nos países mais pobres e em desenvolvimento, as principais causas geradoras do suicídio são a pressão e o estresse advindos dos problemas socioeconômicos presentes nessas regiões (OMS, 2014). Quando se fala em identificação de causas e prevenção, também é importante mencionar o estigma que os transtornos mentais (e o próprio suicídio) disfrutam socialmente. Isso faz com que muitas pessoas que estão pensando em tirar suas próprias vidas, ou que já tentaram suicídio, não procurem ajuda em tempo oportuno e não recebam o suporte de que necessitam.

Dando continuidade à abordagem dos fatores de risco, o próprio perfil das vítimas mais propensas ao suicídio, já apresentado, também indica condições maiores de risco, como, por exemplo, ser do sexo masculino, estar próximo aos extremos de idade (ser adolescente ou idoso) e pertencer a grupos socialmente minoritários (OMS, 2012; OMS 2014). Além disso, é necessário entender que todas essas características individuais, não atuam de forma isolada, mas em conjunto com fatores sociais, psicológicos e biológicos⁸, que se combinam e agravam o risco para o suicídio (BERTOLOTE e FLEISCHMANN, 2004)

Então, com o objetivo de implementar políticas de prevenção voltadas ao suicídio, a OMS preconiza frentes de atuação direcionadas para cada grupo de fator de risco (social,

⁸ Menos estudados que os demais fatores causais do suicídio, os fatores biológicos mais apontados em pesquisas são aqueles associados à redução da atividade serotoninérgica em decorrência da ação de genes hereditariamente adquiridos (MELEIRO, 2014).

psicológico e biológico). Assim, a prevenção do suicídio pode ser classificada em aspectos universais, seletivos e específicos (OMS, 2014):

- A prevenção chamada **universal** tem o objetivo de reduzir a incidência de novos casos, principalmente, através de ações educativas direcionadas a toda a população para que se possa maximizar a saúde e minimizar os riscos de suicídio. Estão aí incluídas a ampliação do acesso aos sistemas de saúde; as campanhas para a redução do estigma referente ao tema; propostas de restrição do acesso aos meios mais utilizados para perpetrar o suicídio (que dependem de contextos culturais e geográficos) tais como as armas de fogo (daí a importância das campanhas de desarmamento) e pesticidas; ações que estimulem a redução do uso de álcool e outras drogas; reportagens de mídia esclarecedoras, responsáveis e adequadas⁹.
- A prevenção **seletiva** concentra seu foco em grupos expostos a situações de risco e, portanto, mais vulneráveis que o restante da população. Características como sexo, idade, profissão e histórico familiar relacionado ao suicídio ajudam a delinear o grau de vulnerabilidade dessas pessoas. São exemplos desse nível de prevenção as intervenções com grupos vulneráveis (inclusive através da arte e do lúdico); a capacitação de profissionais da saúde, educadores e forças de segurança para estarem sensíveis e informados sobre como agir adequadamente nessas circunstâncias e registrá-las (no intuito de aprimorar a qualidade das informações sobre as tentativas e óbitos por suicídio) e a criação de centros de atendimento para situações de crise.
- Já a prevenção **específica**, é direcionada aos indivíduos que relatam desejo ou ideação suicida, tendo ou não um histórico pessoal de tentativas de suicídio. Exemplos são as estratégias de acompanhamento regular (por telefone ou em visitas domiciliares) e apoio comunitário, além de avaliação e gerenciamento das ideações suicidas, dos transtornos psicológicos e do uso abusivo de substâncias.

Esse modelo de classificação da prevenção em níveis permite uma operacionalização de ações articuladas em todos os setores das políticas públicas. A partir disto, a recomendação para a implementação de estratégias preventivas faz com que o suicídio seja uma das condições prioritárias do “Mental Health Gap Action Programme”, programa de saúde mental da OMS que objetiva reduzir as taxas de suicídio nos países em 10% até 2020. Através desta iniciativa

⁹ Não é que não se deva falar sobre suicídio nas mídias. Pelo contrário! Quanto mais o assunto for abordado melhor para as estratégias de conscientização da população e, consequente, prevenção. Contudo, deve-se atentar para a forma como o tema será trabalhado e exposto.

global iniciada em 2013, os países membros da agência se comprometeram a ampliar a prestação de serviços e cuidados direcionados às pessoas que vivenciam transtornos mentais e/ou fazem uso de substâncias, a fim de que essa meta seja alcançada, sendo a prevenção o eixo central das ações (OMS, 2014; BOTEAGA, 2015). Entretanto, apenas 28 países, dos 193 que compõe a Organização das Nações Unidas, possuem políticas e planos estratégicos de prevenção do suicídio.

Embora o Brasil esteja entre essas 28 nações, por ter publicado, em 2006, uma portaria que aponta as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, infelizmente não houve implementação e adoção efetiva das ações previstas nas três esferas de governo. Este fato é lamentável, uma vez que a OMS evidencia que a taxa de suicídio está em declínio nos países desenvolvidos que adotaram e implementaram, de fato, políticas preventivas (OMS, 2014).

Em nível global, é preciso ter consciência de que o suicídio é a principal causa evitável de morte prematura (OMS, 2012). Assim, devido a sua complexidade, o enfrentamento ao suicídio exige esforços de todas as instâncias públicas e não apenas da Saúde. Esta pode ser um agente orientador na sensibilização das comunidades em direção a quebrar o tabu que envolve o tema e lograr progressos nas práticas de prevenção do suicídio. Nessa perspectiva e buscando dialogar com os outros setores da sociedade, em 2014, o Centro de Valorização da Vida (CVV), numa parceria com o Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira de Psiquiatria, trouxe para o Brasil o movimento mundial “Setembro Amarelo”. Esta é uma campanha que objetiva tirar o suicídio da invisibilidade e da condição de tabu, fazendo com que a sociedade possa se aproximar mais do tema. Internacionalmente, o mês de setembro foi escolhido por, tradicionalmente, já ser dedicado aos assuntos da Saúde Mental pela OMS, sendo o dia 10 de setembro o dia mundial de prevenção ao suicídio. No Brasil, muitos prédios públicos e pontos turísticos têm ficado iluminados com a cor amarela em alusão ao movimento nos meses de setembro desde então.

Outra estratégia de prevenção inovadora, disponível nos Estados Unidos e na Austrália, chegou ao Brasil, em junho de 2016. Trata-se do lançamento de uma ferramenta na rede social virtual Facebook, através da qual seus usuários podem intervir ao identificar postagem com possíveis indícios suicidas. Elaborado junto ao CVV, esse mecanismo considera que indivíduos com ideias suicidas podem sinalizar tais pensamentos em suas publicações nas redes sociais. Ao perceber que alguém postou um conteúdo dessa natureza, o usuário pode escolher “denunciar a publicação”, clicando numa seta localizada no canto superior direito da postagem. A rede social questiona a ação através da expressão “o que está acontecendo?” e a resposta deve ser “acredito que isto não deveria estar no Facebook”. Em seguida, aparece a pergunta “o que

há de errado?” e o usuário seleciona uma opção relacionada ao suicídio. Assim, a pessoa que fez a postagem com o conteúdo aparentemente suicida recebe, então, uma mensagem informando que um de seus amigos está preocupado com ela (sem identificar quem notificou) e oferece algumas opções como “enviar mensagem a um amigo”, “conversar com um agente do CVV por telefone, chat ou e-mail” e “receber dicas sobre o que fazer”. O usuário que fez a notificação também recebe uma lista com possibilidades sobre o que fazer: “oferecer ajuda ao amigo”, “conversar com outros amigos” e “ver dicas de como abordar o assunto com a pessoa”.

O atual panorama epidemiológico mundial e nacional é suficiente para qualificar o suicídio com um urgente e autêntico problema de saúde pública. Sua magnitude e gravidade somadas à existência de tecnologias de prevenção e controle (pouco resolutivas por sua não implementação efetiva por parte da gestão em saúde e de outras searas sociais) só confirmam a necessidade de se analisar o tema em estudo. Epidemiologicamente, pensar em prevenção é, sobretudo, pensar vislumbrando o futuro. Desta forma, é premente direcionar ações preventivas voltadas àqueles que, no ciclo da vida, estão vivendo a adolescência, pois estes, como já apontado, constituem um dos grupos com maior grau de vulnerabilidade e exposição a fatores de risco.

1.3 O suicídio entre adolescentes

De acordo com o que já foi apresentado, os estudos sobre suicídio são enfáticos ao afirmar que este é um fenômeno impactante e considerado um grave problema de saúde pública. Entretanto, quando a análise recai especificamente sobre o grupo de adolescentes, esse impacto é ainda maior devido ao constante aumento dos índices de ideações, tentativas e óbitos por essa causa de morte na população jovem de todo o mundo (MENEGHEL e VICTORA, 2004; WERLANG et al., 2005; ARAÚJO et al., 2010). Corroborando essa estatística, a OMS afirma também que, nos últimos 45 anos, as taxas de suicídio aumentaram cerca de 60% em todo o mundo, sendo que os adolescentes representam, na atualidade, o grupo de maior risco (OMS, 2010), pois as taxas de suicídio nessa faixa etária são as que mais crescem em comparação a qualquer outro grupo etário (BERTOLOTE, 2012a).

Ao se observar o número de suicídios no mundo, de acordo com a faixa etária (Figura 4), é possível identificar que a maior quantidade de casos se encontra justamente na faixa que compreende o período da adolescência. Essa magnitude é tão grande que a OMS é assertiva em afirmar que suicídio já mata mais jovens que o HIV em todo o mundo (OMS, 2014). Esses

números têm se repetido ano após ano, inclusive no Brasil, o que faz com que o comportamento suicida a partir da puberdade assuma um caráter fortemente epidêmico (BERTOLOTE, 2012a).

Figura 4 - Número de suicídios no mundo, segundo faixa etária, em 2012 (OMS, 2014).

Por conta disso, o suicídio já é considerado como a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos em alguns países (OMS, 2010; HAWTON et al., 2012; CDC, 2014). Em lugares como Canadá, Sri Lanka, Áustria, Finlândia, Suíça e Filipinas, o suicídio de adolescentes e adultos jovens também está se configurando em um padrão epidêmico (RENDANIEL, 2011; OMS, 2012). Na Europa, o suicídio é a segunda causa mais comum de morte entre adolescentes e adultos na faixa dos 15 aos 35 anos (HAWTON et al., 2012). Estudo britânico comparando as taxas de mortalidade por suicídio entre adolescentes da Grã-Bretanha, Austrália, Canadá, França, Alemanha, Itália, Japão e Estados Unidos, ocorridos entre os anos de 1974 e 1999, apontou que as taxas de mortalidade no sexo feminino caíram na maioria dos países, em contraste com as taxas entre os homens, que aumentaram substancialmente em seis países, incluindo a Inglaterra e o País de Gales (PRITCHARD e HANSEN, 2005). Nos Estados Unidos, em 2006, 1771 adolescentes com idades entre 10 e 19 anos se suicidaram, o que tornou esta a terceira causa de morte nesse grupo etário (SCHWARTZ et al., 2010).

Em concordância com a tendência global, a média de idade dos indivíduos que cometem suicídio no Brasil vem diminuindo nas últimas décadas. A taxa de mortalidade por suicídio entre os jovens com idades de 15 a 24 anos multiplicou-se por dez entre 1980 e 2000, passando

de 0,4 para 4 a cada 100 mil habitantes (MELLO-SANTOS et al., 2005). Nesse mesmo sentido, pesquisas mais recentes apontam que a taxa de suicídio entre os adolescentes brasileiros aumentou pelo menos 30%, nos últimos 25 anos, e que esse crescimento é maior do que o da média da população (BERTOLOTE, 2012a), fazendo com que o suicídio seja atualmente a terceira maior causa de morte entre jovens, ficando atrás apenas dos acidentes e homicídios (WASELFISZ, 2011). No artigo intitulado “Why is Brazil losing the race against youth suicide?”, um estudioso do tema aponta que a possível causa para esses aumentos esteja relacionada ao fato de que as diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio, publicadas pelo MS no ano de 2006 (BRASIL, 2006a), nunca se tornaram uma ação concreta (BERTOLOTE, 2012b). Entretanto, é necessário ponderar que esse aumento nas taxas de mortalidade também pode ter se dado devido a uma melhoria progressiva na classificação das causas de morte.

Como não existe consenso científico acerca das referências e marcos adotados para definir o que, de fato, deve ser entendido como sendo o período da adolescência, após a apresentação desse breve panorama epidemiológico a respeito do suicídio entre adolescentes, faz-se necessário promover uma breve incursão nesse temário, com o intuito de caracterizar com mais fidelidade o objeto de estudo desta pesquisa, entender sinteticamente o que é a adolescência, bem como quais são os mecanismos que ela desperta; para só, então, abordar os fatores de risco e propostas de intervenção específicas para essa faixa etária.

Inicialmente, pode-se pensar a adolescência como uma categoria vinculada unicamente à idade. Apesar de ser canônica, essa forma de entendimento da adolescência ligada à ordem cronológica do desenvolvimento biológico do ser humano, e que toma como único marco a capacidade/maturação do corpo, pode ser reduzida e limitante, pois, além das mudanças biológicas, nessa fase, também ocorrem mudanças de posicionamento psicológico diante da vida, e do estar no mundo, que serão expressas através de atitudes e comportamentos.

Nesse sentido, a publicação “Adolescência – uma fase de oportunidades”, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011), aponta três razões que tornam árdua a tarefa de definir epistemologicamente o que é a adolescência. A primeira delas seria o fato de que cada indivíduo vivencia esse período de modo diferente, a depender de sua maturidade física, emocional e cognitiva dentre outros fatores idiossincráticos. O segundo fator que complica qualquer definição de adolescência seria a grande variação nas leis nacionais que estabelecem limites mínimos de idade para participação em atividades consideradas exclusivas de adultos (como por exemplo, votar, casar-se, servir às forças armadas, possuir propriedades e consumir bebidas alcoólicas). A terceira dificuldade em definir a adolescência é que, independentemente de limites legais que separam infância e adolescência da vida adulta, é grande o número de

adolescentes e crianças pequenas, em todo o mundo, envolvidos em atividades de adultos (tais como trabalho, maternidade, paternidade e casamento).

Há três décadas, a OMS definiu a adolescência como o período da vida no qual existe a passagem de um estado de dependência para outro de relativa autonomia, onde se desenvolvem processos psicológicos, evoluindo-se da fase infantil para a adulta; sendo vista como um tempo de crises devido à experiência de várias transformações (psicológicas e físicas) e marcado por diversos fatores, dentre eles a consciência de um novo espaço de pertencimento no mundo. A partir dessa definição, determinou que, para fins de políticas e ações de saúde, fossem considerados como adolescentes os indivíduos com idades entre 10 e 19 anos, ou seja, aqueles que se encontram na segunda década de vida (OMS, 1986).

De acordo com o UNICEF (2011), definir a adolescência como a segunda década da vida de um indivíduo torna possível coletar dados baseados em idade, com o objetivo de analisar esse período de transição. Tal órgão das Nações Unidas coloca ainda que, devido às diferentes experiências que separam os adolescentes mais jovens dos mais velhos, é importante avaliar essa segunda década de vida em dois momentos distintos: fase inicial da adolescência – ou Adolescência Precoce (dos 10 aos 14 anos de idade) – e fase final da adolescência – ou Adolescência Tardia (dos 15 aos 19 anos de idade). Estes serão, portanto, as definições e parâmetros adotados neste estudo acerca do suicídio de adolescentes.

Ainda que alguns dados estatísticos comecem a demonstrar uma considerável mudança na composição da estrutura etária brasileira, de acordo com dados do Censo realizado em 2010, os adolescentes continuam representando um importante percentual (18%) da população do Brasil (IBGE, 2010). Entretanto, este é um dos grupos sociais mais vulneráveis às várias formas de negação dos direitos humanos, dentre as quais estão o não acesso à saúde e à educação, fatores que irão interferir incisivamente na qualidade do crescimento e desenvolvimento plenos desses sujeitos. A essas formas castradoras de direitos fundamentais, somam-se outros problemas como a falta de convivência familiar e comunitária considerada saudável e cidadã, a exploração do trabalho (de várias formas, inclusive sexual) e as violências doméstica, intrafamiliar¹⁰, institucional e social (STRECK e VIOLA, 2010).

¹⁰ Muitos estudiosos e a literatura em geral utilizam as expressões “violência doméstica” e “violência intrafamiliar” como sinônimas. Entretanto, de acordo com Cecília Minayo, é importante destacar que, quando se fala em “violência doméstica”, toma-se o lar (o ambiente físico) como foco de análise e compreensão dos eventos. Já, ao se empregar o termo “violência intrafamiliar”, leva-se em consideração a trama de relações sociais pautadas pelo parentesco de um grupo social específico, no interior do qual se manifesta a violência (MINAYO, 2009).

Associada a isso, a chamada “crise de identidade na adolescência” pode acarretar aflição; passividade ou rebeldia; dificuldade de relacionamento social; além de conflito de valores, resultando, por vezes, em isolamento ou apego exagerado ao grupo, mudança na forma de se comportar e se relacionar, além de episódios de tristeza ou euforia, podendo estar fortemente relacionados à gênese de ideações suicidas (LEPRE e MARTINS, 2008). Esse ponto de vista pode levar ao entendimento de que o suicídio é a possível ponta de um iceberg de histórias e vivências violentas de outra ordem.

Para que se possa atuar de maneira preventiva diante dos comportamentos suicidas em adolescentes, é preciso atentar para a identificação dos diversos fatores de risco e de proteção (BORGES et al., 2008). Entre os adolescentes, de modo geral, alguns dos principais fatores de risco para o suicídio são: a idade (aqueles que estão na adolescência tardia têm risco aumentado), tentativa prévia, transtorno de humor, depressão, abuso de drogas lícitas e ilícitas, ausência de apoio familiar, história familiar de doenças psiquiátricas e de comportamento suicida, doença física grave e/ou crônica, eventos estressores e orientação sexual não heteronormativa (HAWTON et al., 2012; CDC, 2014). A baixa autoestima, os conflitos familiares, o fracasso escolar e as perdas afetivas também são situações que, associadas às condições de estresse emocional, podem colocar os jovens em grupo de risco para o suicídio (ABASSE et al., 2009). É interessante observar que muitos desses fatores de risco para a população adolescente não diferem substancialmente dos fatores de risco presentes em outras faixas etárias.

Além disso, também há evidências de que os adolescentes que exigem muito de si mesmos academicamente podem perpetrar o suicídio se seu desempenho não estiver à altura de suas expectativas ou das expectativas de seus pais. Assim, o suicídio é mais comum entre aqueles adolescentes com alto desempenho (na escola ou no esporte, por exemplo), em comparação aos adolescentes que tem desempenho mediano. Somado a isso, os distúrbios hormonais da puberdade e os anos que se seguem são também fortes predeterminantes do suicídio nessa faixa etária (SOLOMON, 2014).

As estratégias de prevenção do suicídio direcionadas a esse público não diferem consideravelmente das preconizadas para a população em geral (BRASIL, 2006b; OMS, 2012). Entretanto, é válido registrar que a campanha mundial de prevenção ao suicídio, o Setembro Amarelo, tem sua origem a partir do suicídio de um adolescente norte americano. Mike Emmie, tinha 17 anos quando, no dia 8 de setembro de 1994, desferiu um tiro na própria cabeça dentro de seu carro (um Ford Mustang ano 1967, de cor amarela, pelo qual era conhecido no estado do Colorado), motivado pelo término de um namoro no mês de agosto do mesmo ano. Ele

deixou uma carta aos pais pedindo que não se culpassem pelo ocorrido. Sua atitude surpreendeu a todos que o conheciam, devido ao seu bom relacionamento com a família e amigos. Em seu funeral, as pessoas mais próximas ao adolescente resolveram homenageá-lo distribuindo fitas amarelas em alusão ao carro de que tanto gostava e queria ser lembrado. Daí surgiu o “Yellow Ribbon Suicide Prevention Program” levado à frente por seus familiares e amigos e que tem difundido ações e práticas de prevenção ao suicídio, em todo o mundo, direcionado principalmente aos adolescentes.

1.4 Suicídios x óbitos com intencionalidade indeterminada (estatísticas do suicídio)

Os dados sobre mortalidade por suicídio no Brasil derivam de informações que constam nas Declarações de Óbito (DO) e são compiladas pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do MS. Contudo, esses dados costumam estar subestimados em algumas regiões do país (BOTEGA, 2014). Ao comparar suas projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que 16% do total real de óbitos não foram registrados em cartório, representando um percentual considerável de subregistro. O mesmo ocorre com os óbitos hospitalares, onde o percentual de subnotificação calculado girou em torno de 14% no mesmo ano (IBGE, 2013). Essas porcentagens demonstram também o quantitativo aproximado de óbitos que não fazem parte das estatísticas oficiais de mortalidade.

Nesse sentido, quando se fala da epidemiologia do suicídio torna-se importante destacar que as estatísticas oficiais podem estar bastante subestimadas, uma vez que ocorrem subnotificações desses casos decorrentes, muitas vezes, de falhas na identificação e classificação da causa de morte, além de omissão das informações por vários motivos (religiosos, sociais, culturais, políticos, econômicos etc.) – WASELFISZ (2011); BORGES et al., (2014); BOTEGA (2014). E, ainda que não se disponha de uma medida precisa que indique o grau dessa distorção, a qual deve variar no espaço e no tempo, estima-se que ela se encontra entre 20% e 100% (VANNOY, et al., 2007; MACENTE e ZANDONADE, 2010; STUDDERT e CORDNER, 2010; RIOS et al., 2013). Um outro fator relacionado à invisibilização dos casos de suicídio se refere àquelas situações onde uma morte que foi um suicídio de fato se esconde (ou é escondida) em outras denominações de causas de morte como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e a morte por causa indeterminada (GOTSSENS et al., 2011). Ao fim, todas essas causas resultam em subnotificação por via do erro de classificação, não se tratando de um subregistro do óbito, mas de uma classificação incorreta.

A esse respeito, Neury Botega esclarece:

Costuma ocorrer um complicador no caso de mortes violentas: será que foi um acidente, um homicídio, um suicídio? Para a determinação de um suicídio é preciso estabelecer se houve a intenção de morrer, e isso nem sempre pode ser definido inequivocamente. Os trâmites que determinam se uma morte deve-se a um suicídio variam entre os países. Em alguns países há elevada proporção de mortes não examinadas por um serviço de verificação de óbitos. Ademais, pode haver pressão de familiares para que se omita a natureza da morte na declaração de óbito (BOTEGA, 2014).

Ainda sobre essa questão, um estudo, realizado no ano de 2008, observou que, em países da América Latina, incluindo o Brasil, o número de mortes por suicídio geralmente é superado pelo de mortes de causa indeterminada (PRITCHARD e HEAN, 2008). Em outra pesquisa, realizada na cidade de São Paulo, do total de 496 óbitos classificados como sendo de causa indeterminada, 11 eram suicídio. Nesse estudo, mesmo após os esforços empreendidos pelos pesquisadores, 66% dos óbitos continuaram sem causa determinada (DRUMOND et al., 1999).

É importante ressaltar que elevados percentuais de óbitos por causas externas registradas como sendo de intencionalidade indeterminada constituem um dos principais obstáculos para o estabelecimento de um panorama epidemiológico fidedigno ao que de fato ocorre na realidade (MELLO JORGE et al., 2002). Quando se pensa em termos de prevenção, é imperioso conhecer quem é vulnerável, em que grau e por que motivos e, nesse sentido, a informação completa, correta e fidedigna, principalmente quanto à causa de morte, mostra-se imprescindível (MELLO JORGE et al., 2003a). A informação de qualidade referente aos óbitos por causa externa não pode ser vista, simplesmente, como uma questão técnica, mas também como uma ferramenta para a tomada de decisões coerente (OLIVEIRA e SOUZA, 2007). O monitoramento desses eventos constitui elemento importante para o conhecimento de suas tendências e do impacto das intervenções de políticas públicas adotadas para reduzir os índices de violência.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) brasileiro foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) em 1975 e é produto da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país. Esse sistema possui variáveis que permitem, a partir da *causa mortis* atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde. O SIM foi informatizado em 1979 e, doze anos depois, com a implantação do SUS e sob a premissa da descentralização, teve a coleta de dados repassada à atribuição dos estados e municípios, através das suas respectivas secretarias de saúde (BRASIL, 2014a).

No Brasil, o artigo nº 162 do Código de Processo Penal determina que, em toda morte decorrente e/ou suspeita de causa externa, a Declaração de Óbito (DO) – instrumento padrão de registro do óbito, de acordo com a Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde, SVS/MS nº 20, de 3 de outubro de 2003 – seja fornecida por perito legista do Instituto Médico Legal (IML), após necropsia (BRASIL, 2003a). Na geração da DO, pode haver considerável perda de informações resultante dos diferentes olhares sobre um mesmo evento, o que, lamentavelmente, vai interferir na produção de dados considerados de interesse epidemiológico.

Dessa forma, é provável que, por melhor que seja a qualidade da informação prestada pelos legistas, na DO, sempre vai restar um contingente de casos que, mesmo após investigação, continuará ignorado o fato de se saber se a morte foi acidental (acidentes de trânsito, quedas, por exemplo) ou intencional (suicídios e homicídios). Esse grupo pode ser chamado de residual ou ignorado e sua maior ou menor magnitude pode influenciar a eficiência/eficácia das ações e programas de prevenção dessas mortes, além de mascarar perfis de mortalidade. Esses são casos em que apenas se sabe que a morte decorreu de uma lesão, mas se desconhecem as circunstâncias em que o evento se deu (MELLO JORGE et al., 2003a). Para os serviços de saúde e sistemas de informação, esclarecer essas circunstâncias significa conhecer o início do processo desencadeador do óbito, que é o ponto de intervenção por excelência (OLIVEIRA e SOUZA, 2007).

Há mais de uma década, pesquisas têm sugerido aos gestores do SIM, nos seus diversos níveis, que invistam em metodologias que objetivem a melhoria da qualidade dos dados, buscando informações no IML através de investigação, pois há evidências de que este dispõe de informações necessárias ao setor Saúde, que, por não serem transcritas na DO, não constam das estatísticas oficiais (MELLO JORGE et al., 2003a). Essas são informações que, se resgatadas, vão contribuir para a melhoria dos dados do SIM, como demonstra um estudo realizado por Mello-Jorge e colaboradores em 16 municípios brasileiros no ano de 2000. Tal trabalho mostrou que, após a investigação, houve mudanças consideráveis na distribuição das mortes por causas externas: o total de homicídios foi cinco vezes maior e os suicídios dobraram a sua frequência (MELLO JORGE et al., 2002).

Outro estudo, realizado de maneira semelhante e focado no suicídio de mulheres adultas, permitiu o resgate de um grande número de suicídio, a partir da investigação de causas externas de tipo ignorado e mesmo de causas mal definidas (MELLO JORGE et al., 2003b). A adoção de uma metodologia simples, acessível e exequível – que é o resgate de dados sobre mortalidade no IML – possibilita o almejado aprimoramento das estatísticas de mortalidade por causas

externas, enquanto não se atinge o patamar desejado de preenchimento adequado da DO pelos profissionais médicos.

O número considerável de mortes de adolescentes registradas como sendo de “intencionalidade indeterminada” não é uma exclusividade do Brasil. Embora esse índice venha diminuindo em muitos países, pesquisas mostram uma variação marcante na Inglaterra, onde entre as décadas de 1970 e 1990 essas taxas se elevaram 116% para o sexo masculino e 83% para o feminino e sugerem a realização de mais estudos para que sejam investigadas as causas desse aumento (PRITCHARD e HANSEN, 2005; WINDFUHR, 2013). De modo geral, o panorama quanto à proporção de causas externas de tipo ignorado parece ter melhorado no Brasil, contudo os valores ainda são elevados (MELLO JORGE et al., 2003a).

Considerando que uma base de dados de boa qualidade deve ser completa, fidedigna aos dados originais registrados nos serviços de saúde, sem duplicidades, devendo seus campos ser totalmente preenchidos e consistentes, torna-se necessário avaliar a subnotificação e a confiabilidade dos dados a partir do desenvolvimento de pesquisas direcionadas a essas questões. Nessa perspectiva, é importante a execução de estudos que tenham como propósito obter medidas mais precisas sobre o fenômeno suicídio, como também trabalhos que busquem analisar a completude e a consistência dos dados do SIM sobre os óbitos por esta causa, no sentido de completar e aperfeiçoar as informações já existentes nas bases de dados oficiais.

O Brasil é um país de dimensões continentais, caracterizado por regiões bastante distintas e cujos níveis de desenvolvimento são muito diferentes. A análise epidemiológica do suicídio entre brasileiros de diferentes regiões e perfis é, portanto, de suma importância para o desenvolvimento de políticas de saúde focadas na prevenção desse evento e na melhoria da qualidade dos dados de notificação desta situação. A disponibilidade de informação apoiada em dados sólidos e confiáveis é condição essencial para análise objetiva da situação sanitária de qualquer localidade, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação das ações de saúde (RIPSA, 2008).

Mesmo havendo uma crescente produção científica no Brasil, ainda é escasso o número de pesquisas que abordam a temática da violência autoinfligida na área de Saúde, principalmente no tocante à avaliação dos dados presentes no SIM referentes ao suicídio. Devido a isso e considerando também o crescente número de casos de suicídio entre adolescentes no Brasil, torna-se urgente a necessidade de investigar os percentuais de subnotificação deste evento, bem como dos possíveis fatores que influenciam e determinam esse subregistro, a fim de que as políticas públicas de prevenção voltadas às populações mais

vulneráveis ao suicídio possam ser construídas com base em dados mais fidedignos e capazes de espelhar melhor a realidade.

De acordo com os dados constantes no DATASUS, no período de 2000 a 2014, a cidade de Recife registrou 54 óbitos por suicídio entre adolescentes (10 a 19 anos), o que corresponde a 1,5% de todos os óbitos por causas externas nessa localidade. No mesmo período, houve 227 óbitos nessa mesma faixa etária, cuja intencionalidade foi classificada como indeterminada, o que representa 6,3% do total de óbitos por causas externas (BRASIL, 2014b). Considerando a provável existência de subnotificação de casos de suicídio, conforme amplamente apontado pela literatura científica apresentada sobre o tema em estudo, é possível que existam casos invisibilizados de suicídio dentre esses 227 óbitos com intencionalidade indeterminada.

Assim, a presente pesquisa também fundamenta sua justificativa na ideia de que estudos que se proponham a dar visibilidade a óbitos que foram eclipsados quanto à sua intencionalidade, devido à má qualidade das informações sobre o evento, são capazes de contribuir bastante para formulações de políticas públicas voltadas à problemática da violência, respeitando as características singulares de cada conglomerado populacional do país.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Investigar a existência de suicídios de adolescentes que tenham sido classificados como óbitos de intencionalidade indeterminada e a percepção dos legistas sobre o fenômeno e sua subnotificação.

2.2 Específicos

- Determinar o percentual de subnotificação dos suicídios, segundo as características sociodemográficas das vítimas;
- Caracterizar o perfil dos adolescentes que se suicidaram, nos anos de 2000 a 2014, na cidade de Recife, antes e depois da reclassificação dos óbitos;
- Comparar as taxas de mortalidade por suicídio entre adolescentes, nos anos de 2000 a 2014, antes e depois da reclassificação dos óbitos;
- Compreender o entendimento geral dos médicos legistas do IML Recife a respeito do suicídio;
- Identificar os possíveis fatores que influenciam a classificação da intencionalidade do óbito como sendo indeterminada, a partir da percepção dos médicos legistas atuantes no IML Recife.

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento da pesquisa (tipo de estudo)

Nas pesquisas epidemiológicas, para que se conheça o padrão de comportamento das doenças e sejam identificados os grupos populacionais mais vulneráveis, destaca-se como etapa importante desse processo a descrição detalhada da distribuição temporal, espacial e segundo atributos pessoais dos indivíduos. Tradicionalmente, convencionou-se denominar de Epidemiologia Descritiva esse tipo de abordagem, a qual configura um arsenal metodológico fundamental para a compreensão de situações de saúde, envolvendo uma série de aspectos relacionados à concepção, desenho e análise destes estudos, com desafios tão ou mais complexos do que aqueles encontrados nos demais tipos de delineamentos epidemiológicos (BARATA, 1997).

Dentre estes desafios destaca-se a necessidade de se atentar para a qualidade do processo de produção dos dados, especialmente quando os sistemas de informações em saúde são utilizados como bases que estruturam pesquisas (WERNECK, 2009). Assim, quando o epidemiologista, em sua coleta de dados, investiga a qualidade da informação (analisando minuciosamente as informações contidas em cada ficha de investigação epidemiológica, prontuário hospitalar, D.O ou outra forma de registro individual), não restam dúvidas de que esse é um trabalho essencial para a correta elaboração e avaliação do perfil epidemiológico e adequação das medidas de controle (PEREIRA, 2010).

Dessa forma, o presente trabalho caracteriza-se como um estudo epidemiológico descritivo de avaliação da qualidade da informação do SIM a respeito dos óbitos por suicídio. Esse tipo de análise individual pode não ter significado estatístico para comprovar uma hipótese causal, mas não impede que ela seja útil para ajudar a formular esta hipótese ou para refinar a sua comprovação, dentro de uma perspectiva mais qualitativa⁶⁷. Nesse sentido, é provável que um epidemiologista formado exclusivamente dentro de uma concepção quantitativa de análise de dados tenha dificuldades com o manuseio de informações de caráter qualitativo. Entretanto, isto pode ser superado na medida em que este estudioso se dispuser a buscar apoio em profissionais de outras áreas com vivência nesses estudos, uma vez que tal método proporciona uma riqueza de subsídios para o raciocínio epidemiológico (IVERSSON, 1987).

Considerando essa questão, optou-se nesta pesquisa pela utilização de uma abordagem quanti-qualitativa, viabilizada por meio da triangulação de métodos. Assim, sobre a natureza

das pesquisas, de modo geral, Minayo (2010) refere que os estudos quantitativos consideram que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir numericamente informações para classificá-las e analisá-las, utilizando para tanto recursos e técnicas estatísticas. Por outro lado, a mesma autora argumenta que uma pesquisa qualitativa verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Além disso, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são pressupostos básicos no processo de pesquisa qualitativa, que não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas para interpretação dos resultados, uma vez que os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente, sendo o processo e seu significado os focos principais de abordagem (MINAYO, 2010).

Uma das maneiras de unir essas duas formas de abordagem (quantitativa e qualitativa) no estudo de um mesmo objeto é a triangulação de métodos. Através dessa, podemos determinar a posição de um ponto C, através da observação de dois pontos, A e B (KELLE, 2001) – Figura 5. Dessa forma, o intuito aqui foi utilizar simultaneamente alguns dos instrumentos que esses dois modos de abordagem preconizam. Na abordagem quantitativa, foram realizadas análises de caráter estatístico (frequências e taxas) e, no eixo qualitativo, utilizou-se a Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2009), como será detalhado nos tópicos apresentados mais à frente.

Figura 5 - Triangulação, segundo Kelle (2001).

A escolha por essa abordagem quanti-qualitativa se justifica no fato de que o campo científico tem apontado, cada vez mais, para o surgimento de um novo paradigma metodológico. Essa forma de “fazer ciência” é calcada num modelo que busca atender plenamente as necessidades dos pesquisadores e romper com as dicotomias “positivista x

construtivista” e “quantitativo x qualitativo”, primando por empreender um tratamento o mais integral e próximo possível à experiência da realidade observada.

3.2 Local de realização da pesquisa

Este estudo foi realizado no município de Recife, o qual, com 480 anos, é a capital e maior cidade do Estado de Pernambuco. Situada no litoral nordestino, Recife ocupa uma posição central, a 800 km das outras duas metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza. Apresenta uma superfície territorial de 218,435 km² e limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe e a leste com o Oceano Atlântico. A cidade está dividida em 94 bairros aglutinados em oito Distritos Sanitários (DS) para gestão e operacionalização das ações em saúde (RECIFE, 2014) – Quadro 1 e Figura 6.

Quadro 1 - Bairros do Recife segundo Distrito Sanitário (RECIFE, 2014).

Distribuição dos bairros do Recife segundo Distritos Sanitários		
Distrito sanitário	Bairros	Total
I	Bairro do Recife (Recife Antigo), Boa Vista, Cabanga, Coelhos, Ilha do Leite, Ilha Joana Bezerra, Paissandu, Santo Amaro, Santo Antônio, São José e Soledade.	11
II	Alto Santa Terezinha, Água Fria, Arruda, Beberibe, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Campina do Barreto, Campo Grande, Dois Unidos, Encruzilhada, Fundão, Hipódromo, Linha do Tiro, Ponto de Parada, Porto da Madeira, Peixinhos, Rosarinho e Torreão.	18
III	Aflitos, Alto do Mandu, Apipucos, Casa Amarela, Casa Forte, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço da Panela, Santana, Sítio dos Pintos e Tamarineira.	16
IV	Caxangá, Cidade Universitária, Cordeiro, Engenho do Meio, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Torrões, Várzea e Zumbi.	12
V	Afogados, Areias, Barro, Bongü, Caçote, Coqueiral, Curado, Estância, Jardim São Paulo, Jiquiá, Mangueira, Mustardinha, Sancho, San Martin, Tejipió e Totó.	16
VI	Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep e Pina.	5
VII	Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Brejo do Beberibe, Brejo do Guabiraba, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Mangabeira, Morro da Conceição, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro e Vasco da Gama.	13
VIII	Cohab, Ibura e Jordão.	3

Figura 6 - Divisão da cidade de Recife em Distritos Sanitários e respectivos bairros (RECIFE, 2014).

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Recife era 0,772, em 2010, o que situa a cidade na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDH entre 0,700 e 0,799) – PNUD (2013). A dimensão que mais contribui para esse IDH do município é a longevidade, com índice de 0,825, seguida de Renda, com índice de 0,798, e de Educação, com índice de 0,698.

O Recife não possui zona rural e, dessa forma, toda sua extensão territorial encontra-se plenamente urbanizada, abrigando uma população de 1.537.704 habitantes (IBGE, 2010), dos quais 245.673 são adolescentes (ou seja, tem idades de 10 a 19 anos) e compõem o percentual de 15,98% do total da população do município (RECIFE, 2014) – Figura 7. Entretanto, é importante apontar que esse percentual tem diminuído gradativamente ao longo das últimas décadas e que a razão de sexos, nessa faixa etária, mudou seu comportamento recentemente com o predomínio de adolescentes do sexo masculino a partir do ano de 2010 (Tabela em apêndice – APÊNDICE 1).

Figura 7 - Distribuição da população de Recife, em 2010, por sexo e faixa etária (RECIFE, 2014).

3.3 Populações estudadas

As populações estudadas nessa pesquisa podem ser divididas em três grupos:

- Adolescentes (pessoas com idades de 10 a 19 anos) residentes na cidade do Recife que se suicidaram nos anos de 2000 a 2014;
- Adolescentes (pessoas com idades de 10 a 19 anos) residentes na cidade do Recife que foram a óbito por causas não naturais e tiveram sua morte classificada como sendo de intencionalidade indeterminada nos anos de 2000 a 2014;
- Profissionais médicos legistas atuantes no Instituto de Medicina Legal do Recife no ano de 2016.

3.3.1 Critérios de inclusão:

✓ **Para os adolescentes que tiverem seu óbito classificado como sendo suicídio:**

- Constar no banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade da SMS como tendo perpetrado suicídio nos anos de 2000 a 2014.

✓ **Para os adolescentes que tiverem seu óbito classificado como sendo de intencionalidade indeterminada:**

- Constar no banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade da SMS como óbito de intencionalidade indeterminada nos anos de 2000 a 2014;
- Ter sido realizada a necrópsia de seus corpos no IML Recife;
- Ser o IML a unidade atestante do óbito.

✓ **Para os profissionais entrevistados:**

- Ser médico legista do IML Recife;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICE 2.

3.3.2 Critérios de exclusão:

- ✓ **Para os adolescentes que tiveram seu óbito classificado como sendo de intencionalidade indeterminada:**
 - Adolescentes que tiveram o óbito com intencionalidade indeterminada não atestado pelo IML Recife;
- ✓ **Para os profissionais entrevistados:**
 - Profissionais que se encontravam em período de férias no momento da coleta de dados;
 - Profissionais que se encontravam em licença médica no momento da coleta de dados;
 - Profissionais que se recusaram a participar do estudo.

Os profissionais que não compareceram ou estavam ausentes, no dia e horário previamente agendados para a realização da entrevista, na sala reservada a esse fim (a sala de descanso médico ou “estar médico”) foram considerados como perdas, embora tenha-se tentado entrevistá-los por mais três vezes, voltando ao local onde estes atuavam, em três semanas consecutivas após a data previamente agendada. É importante fazer menção ao fato de que alguns profissionais não aceitaram participar da pesquisa alegando que não poderiam parar suas atividades para responder às perguntas em função da grande quantidade de trabalho necroscópico a ser executado.

3.4 Definição de caso

Para definição do suicídio, foi utilizada a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), incluindo as categorias X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) – OMS (1997). Assim, a CID-10 descreve as lesões autoprovocadas intencionalmente da seguinte forma:

- X60: autointoxicação por exposição intencional, a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos;

- X61: autointoxicação por exposição, intencional a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos), sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte;
- X62: autointoxicação por exposição, intencional a narcóticos e psicodislépticos (alucinógenos) não classificados em outra parte;
- X63: autointoxicação por exposição, intencional a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo;
- X64: autointoxicação por exposição, intencional a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não-especificadas;
- X65: autointoxicação voluntária por álcool;
- X66: autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores;
- X67: autointoxicação intencional por outros gases e vapores;
- X68: autointoxicação por exposição, intencional, a pesticidas;
- X69: autointoxicação por exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas;
- X70: lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação;
- X71: lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão;
- X72: lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão;
- X73: lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre;
- X74: lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada;
- X75: lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos;
- X76: lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas;
- X77: lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes;
- X78: lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante;
- X79: lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente;
- X80: lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado;
- X81: lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento;
- X82: lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor;
- X83: lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados;
- X84: lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.

3.5 Natureza e coleta dos dados

Os dados que compõem o *corpus* desse estudo são tanto de natureza secundária, quanto primária. Os dados secundários foram coletados de duas fontes distintas: o SIM Recife (que deu sua anuência, via prefeitura da cidade para a realização da pesquisa após análise e apreciação do projeto desta pesquisa – ANEXO 1) e o IML Recife (que também concedeu permissão para realização da pesquisa após análise do projeto de pesquisa – ANEXO 2). E os dados primários que serviram de base para a realização da análise qualitativa do estudo foram coletados através das entrevistas com os médicos legistas que atuam no IML Recife.

3.5.1 Coleta de dados no SIM Recife

Do SIM Recife, foram coletados os microdados referentes aos óbitos por suicídio que compuseram as séries históricas analisadas e os microdados referentes aos óbitos de adolescentes classificados como sendo de intencionalidade indeterminada, cujos códigos na CID-10 correspondem às categorias Y10 a Y34 e são descritos da seguinte forma:

- Y10: envenenamento (intoxicação) por e exposição a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos não-opiáceos;
- Y11: envenenamento (intoxicação) por e exposição a anticonvulsivantes (antiepilépticos), sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte;
- Y12: envenenamento (intoxicação) por e exposição a narcóticos e a psicodislépticos (alucinógenos) não classificados em outra parte;
- Y13: envenenamento (intoxicação) por e exposição a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo;
- Y14: envenenamento (intoxicação) por e exposição a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e as não especificadas;
- Y15: envenenamento (intoxicação) por e exposição ao álcool;
- Y16: envenenamento (intoxicação) por e exposição a solventes orgânicos e hidrocarbonetos halogenados e seus vapores;
- Y17: envenenamento (intoxicação) por e exposição a outros gases e vapores;
- Y18: envenenamento (intoxicação) por e exposição a pesticidas;

- Y19: envenenamento (intoxicação) por e exposição a outros produtos químicos e substâncias nocivas e aos não especificados;
- Y20: enforcamento, estrangulamento e sufocação;
- Y21: afogamento e submersão;
- Y22: disparo de pistola;
- Y23: disparo de fuzil, carabina e arma de fogo de maior calibre;
- Y24: disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada;
- Y25: contato com material explosivo;
- Y26: exposição a fumaça, fogo e chamas;
- Y27: exposição a vapor de água, gases ou objetos quentes;
- Y28: contato com objeto cortante ou penetrante;
- Y29: contato com objeto contundente;
- Y30: queda, salto ou empurrado de um lugar elevado;
- Y31: queda, permanência ou corrida diante de um objeto em movimento;
- Y32: impacto de um veículo a motor;
- Y33: outros fatos ou eventos especificados;
- Y34: fatos ou eventos não especificados e intenção não determinada.

A partir desses microdados, foi construído um banco de dados em Excel (versão Office 2016), contendo a identificação de variáveis que tornaram possível o resgate das informações desses óbitos junto ao IML Recife. Dessa forma, foram utilizadas as seguintes variáveis como chaves de busca nos documentos do IML Recife:

- Numeração da Declaração de Óbito;
- Nome da vítima;
- Nome da mãe da vítima;
- Idade da vítima;
- Endereço de residência da vítima.

3.5.2 Coleta de dados no IML Recife

3.5.2.1 Coleta de dados quantitativos

O IML Recife faz parte da Secretaria de Defesa Social (SDS) e compõe a Polícia Científica do Estado de Pernambuco – criada em 07 de janeiro de 1974 e responsável pelas

perícias forenses inerentes às atividades fins da SDS – formada por médicos legistas, peritos criminais, peritos papiloscopistas e seus auxiliares. O IML Recife realiza perícias técnico-científicas em pessoas vivas (traumatológicas, sexológicas etc) e cadáveres (tanatoscópicas ou necrópsias), além de análises e toxicológicas (material orgânico).

Nessa instituição, foram coletadas, a partir das cinco variáveis utilizadas como chaves de busca, as informações sobre as mortes de adolescentes que, no SIM Recife, constavam como sendo óbitos de intencionalidade indeterminada. Esse resgate de informações aconteceu através da consulta a sete fontes distintas, seguindo a ordem cronológica em que foram produzidas do momento do óbito até a realização do último procedimento no IML (que é a emissão da D.O). A decisão de consultar os documentos seguindo essa ordem se deu com o intuito de reconstituir, no tempo e no espaço, os momentos e cenários em que as informações passo a passo foram sendo registradas. A seguir, é apresentada uma breve descrição da natureza de cada fonte:

- **Boletim de Ocorrência (BO)** – trata-se do documento oficial utilizado pelos órgãos da Polícia Civil, Polícia Federal e pelas polícias militares, além dos bombeiros e da guarda municipal para fazer o registro da notícia do crime no Brasil. Nesse documento, são registradas as circunstâncias em que ocorreu o evento, havendo a possibilidade do registro sobre a causa jurídica do acontecimento (no caso dos óbitos, há o registro se foi homicídio, suicídio ou acidente, podendo ser categórico ou podendo fazer uma menção de suspeita). Nessa fonte de informação, é possível encontrar os seguintes dados: o nome da vítima, os nomes do pai e mãe da vítima, a data de nascimento, o sexo, o endereço, a possível causa da morte e a data de ocorrência do óbito. Geralmente, esse documento chega ao IML anexado ao Ofício Policial de Encaminhamento do Corpo ao IML;
- **Guia de Remoção de Cadáver (GRC)** – nos casos em que a vítima foi a óbito em unidade hospitalar, a guia de remoção de cadáver é o documento oficial e obrigatório, expedido e assinado por médico, que autoriza e determina a remoção do cadáver do local que se encontra para o IML no intuito de que seja determinada a causa da morte. Nessa fonte de informação é possível encontrar os seguintes dados: o nome da vítima, os nomes do pai e mãe da vítima, a data de nascimento, a cor da pele, o sexo, o endereço, o histórico clínico da vítima (estando aí incluídos o momento de admissão da vítima à unidade de saúde, as possíveis manobras e tratamentos clínicos/cirúrgicos) a provável causa da morte (informada pelo profissional de saúde que atendeu a vítima), a data de

ocorrência do óbito e a assinatura do médico da unidade hospitalar. Esse documento pode chegar ao IML com o B.O e/ou com o Ofício Policial de Encaminhamento do Corpo ao IML anexos;

- **Ofício Policial de Encaminhamento do Corpo ao IML (OPEC)** – nas ocasiões em que o corpo da vítima é encontrado em via pública ou quando esta vai a óbito em sua residência, cabe ao Delegado de Polícia comunicar a morte e solicitar a realização de perícia tanatoscópica ao IML. Nessa fonte de informação é possível encontrar os seguintes dados: o nome da vítima, os nomes do pai e mãe da vítima, a data de nascimento, a cor da pele, o sexo, o endereço, a possível causa da morte (a partir das informações coletadas pela autoridade policial no local em que a vítima foi encontrada), a data de ocorrência do óbito e a assinatura da autoridade policial;
- **Livro de Registro de Entrada de Corpos no IML** – quando um corpo chega ao IML, lhe é atribuída uma numeração que será sua identidade para registro e reconhecimento de todos os procedimentos tanatoscópicos e toxicológicos realizados. Essa numeração (contagem) é reiniciada no dia 1º de janeiro de cada ano e finaliza com o último corpo a dar entrada no IML no último dia do ano. Nessa fonte de dados, constam, além da numeração atribuída pelo IML, o nome da vítima, os nomes do pai e mãe da vítima, a data de nascimento, a cor da pele, o sexo, o endereço, a possível causa da morte (geralmente informada pela família), a data de ocorrência do óbito e a assinatura da pessoa responsável pela liberação do corpo após a realização da necropsia;
- **Laudo Tanatoscópico** – resultado da perícia tanatoscópica, ou seja, do exame do cadáver, consiste no estudo da morte e das implicações médico-legais da causa-mortis (se a lesão foi produzida em vida ou após a morte; se foi morte súbita ou não etc.). Um dos objetivos primordiais da Tanatologia Forense é estabelecer o diagnóstico da causa jurídica da morte, buscando determinar as hipóteses de homicídio, suicídio ou acidente. A necrópsia constitui-se numa etapa de grande importância, na qual as lesões internas e externas são analisadas e descritas minuciosamente. Nessa fonte de informação, podemos encontrar os seguintes dados: o nome da vítima, os nomes do pai e mãe da vítima, a data de nascimento, a idade, a cor da pele, o sexo, o endereço, a descrição detalhada de todas as lesões encontradas no corpo, a causa jurídica da morte, a data de

ocorrência do óbito, a solicitação (ou não) do exame toxicológico e a assinatura do médico legista que realizou a perícia;

- **Laudo Toxicológico** – quando o laudo tanatoscópico não é suficiente para determinar a causa da morte, o médico legista deve solicitar um laudo toxicológico, a fim de auxiliá-lo na determinação da *causa mortis*. Nessa fonte de informação, podemos encontrar os seguintes dados: o nome da vítima, os nomes do pai e mãe da vítima, a idade, o sexo, o endereço, a data de ocorrência do óbito, a confirmação da ausência ou presença das substâncias que foram encontradas nas vísceras da vítima e a assinatura do médico que realizou a pesquisa toxicológica. É importante mencionar que existem substâncias, como os solventes inalantes (geralmente voláteis e inflamáveis como a cola de sapateiro, o clorofórmio e o éter), que não são detectadas nesse tipo de exame justamente por conta de sua volatilidade não deixar vestígios;
- **Declaração de Óbito (guia cor-de-rosa)** – o documento básico e essencial à coleta de dados da mortalidade no Brasil é a Declaração de Óbito (DO), que alimenta o SIM e é preenchida em três vias pré-numeradas sequencialmente (uma branca, uma amarela e uma cor-de-rosa). A responsabilidade na emissão da DO é do profissional médico e este documento deve ser enviado aos Cartórios de Registro Civil para liberação do sepultamento, bem como para a tomada de todas as medidas legais em relação à morte do indivíduo. A guia rosa é a terceira via da DO que fica retida no IML, o qual encaminha a guia branca para a Secretaria Municipal de Saúde e a guia amarela fica em posse da família por ocasião da liberação do corpo do IML. Nesse documento, encontram-se as mesmas variáveis que contam nas outras vias da DO: nome da vítima, idade, sexo, endereço, a causa da morte, as circunstâncias em que ocorreu o óbito, dentre outras informações.

Dessas sete fontes de dados, apenas o Laudo Toxicológico era digitalizado, sendo as demais em celulose (papel). A Figura 8 esquematiza em fluxograma a ordem em que cada uma das fontes foi consultada para cada uma das vítimas.

Figura 8 - Fluxo de coleta dos dados no IML Recife.

De posse das variáveis de interesse coletadas no SIM Recife e IML Recife, para a realização da análise quantitativa foi construído um novo banco de dados com o programa Excel 2016, cumprindo quatro rigorosas etapas durante o processamento: codificação, dupla digitação, crítica e análise.

3.5.2.2 Coleta de dados qualitativos

Dentre os profissionais que atuam no IML Recife, integraram a pesquisa todos aqueles que aceitaram participar de modo espontâneo do estudo e que, após serem informados sobre a metodologia e proposta deste, através do TCLE (APÊNDICE 2), foram entrevistados seguindo-se um roteiro escrito composto por dez perguntas norteadoras (APÊNDICE 3), que abordaram a percepção dos profissionais acerca do suicídio e os possíveis fatores que poderiam influenciar a subnotificação e tais casos.

Assim, as entrevistas aconteceram entre os meses de julho e agosto de 2016, quando foram entrevistados 9 profissionais legistas atuantes no IML Recife, sendo duas mulheres e sete homens, com média de idade de 48 anos e 12 anos de atuação no referido IML em média. Todas entrevistas foram gravadas em um aparelho Samsung Galaxy Note 3 e transcritas na íntegra para o Microsoft Word 2016 com o objetivo de subsidiar a Análise de Conteúdo que foi realizada, como abordado mais adiante.

3.6 Plano de análise

3.6.1 Análise quantitativa (estatística descritiva)

Após o exame de cada um dos documentos pesquisados para cada caso investigado, foi possível reclassificar um determinado quantitativo de óbitos (inicialmente com intencionalidade indeterminada) em acidentes, suicídios ou homicídios. Para isso, foi utilizado um escore baseado no Índice de Concordância (IC) entre as classificações da intencionalidade do óbito registradas nos documentos, conforme esquematizado abaixo:

$$IC = \frac{\text{Número de concordâncias} \times 100}{\text{Total de observações}}$$

Dessa forma, não bastava, por exemplo, a menção/registro de suicídio em apenas um dos documentos para reclassificar o caso. Assim, para ser reclassificado como suicídio, acidente ou homicídio, o caso tinha que apresentar um IC, entre os documentos consultados, de ao menos 51%. Para a definição e reclassificação dos casos, foi utilizada a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), incluindo as categorias:

V01 a X59 (acidentes);

X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente / suicídios);

X85 a Y09 (agressões / homicídios);

Y10 a Y34 (eventos cuja intenção é indeterminada).

A partir disso, os casos inicialmente classificados como sendo de intencionalidade indeterminada foram reclassificados em suicídio, homicídio, acidente. É importante mencionar que, mesmo após a investigação, um quantitativo de casos continuou classificado como sendo de intencionalidade indeterminada por não ter alcançado um IC que permitisse sua reclassificação (ou seja, o IC desses casos ficou abaixo de 51%).

O percentual de subnotificação, em relação aos óbitos registrados no SIM Recife, foi calculado conforme detalhado na equação abaixo:

$$\text{Subnotificação (\%)} = \frac{\text{Óbitos por suicídio não notificados} \times 100}{\text{Óbitos por suicídio não notificados} + \text{Óbitos por suicídio registrados no SIM Recife}}$$

Para avaliar o perfil das vítimas, os óbitos foram analisados em números absolutos e percentuais quanto à faixa etária, sexo, raça/cor, meios utilizados pela vítima, local de ocorrência e bairro de residência (agregados por DS), antes e depois da recuperação das informações junto ao IML.

Para avaliar a magnitude do fenômeno, foi utilizado o cálculo das taxas de mortalidade através de médias trienais (dividindo o período dos quinze anos estudados em cinco triênios). Assim considerou-se como numerador a soma total dos óbitos por suicídio de adolescentes residentes em Recife, ocorridos em cada triênio, dividido pela quantidade de anos de cada período (três anos). E, como denominador, tomou-se a população de adolescentes residentes em Recife, do meio de cada período trienal, informada pelo IBGE e disponível no DATASUS. Por fim, os resultados dessas divisões foram multiplicados por 100.000.

Após o cálculo das taxas de mortalidade, antes e depois da complementação/aperfeiçoamento das informações junto ao IML, realizou-se a comparação da variação destas por meio da diferença percentual entre as taxas e da razão de taxas.

3.6.2 Análise qualitativa (conteúdo das falas dos entrevistados segundo Bardin)

Para uma melhor compreensão do objeto de estudo, buscou-se uma aproximação da realidade a partir do referencial dos próprios sujeitos encarregados de atestar e classificar os óbitos, cabendo, enquanto pesquisadores, compreender o significado da ação humana e não

apenas descrevê-la. Para tanto, procedemos a Análise de Conteúdo das falas dos sujeitos entrevistados – técnica bastante empregada na análise de comunicações nas ciências humanas e sociais – a qual, segundo Minayo (2010), é um dos métodos mais comumente adotados no tratamento de dados de pesquisas qualitativas e que permite ao pesquisador apreender a visão social de mundo por parte dos sujeitos, autores do material textual em análise. Assim, antes de tratar das etapas por meio das quais se desenvolve a Análise de Conteúdo, é necessário apresentar algumas de suas definições e concepções adotadas.

De acordo com Bardin (2009), a Análise de Conteúdo abrange as atividades de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens (faladas, escritas e não verbais), com o objetivo de buscar deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens, levando-se em consideração quem as emitiu, em que contexto foram emitidas e/ou quais efeitos se pretendem causar por meio delas. Em outras palavras, a referida autora afirma que a Análise de Conteúdo consiste num conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa a obter (através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens) indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Essa compreensão do material textual, que vem substituir a leitura dita “normal” por parte do leigo, busca revelar o que está escondido, latente, ou subentendido na mensagem. Entretanto, a autora lembra que a Análise de Conteúdo, desde seu surgimento (no início do século XX) até os dias atuais, tem sua evolução marcada por períodos de aceitação e de negação entre a comunidade científica, despertando, ainda hoje, contradição e questionamento, embora constitua um notório meio de apreender a dinâmica das relações sociais em determinados espaços (MINAYO, 2010).

Bardin afirma também que este tipo de análise possui duas funções que podem coexistir de maneira complementar. Primeiro, uma função heurística, que objetiva enriquecer a pesquisa exploratória, aumentando a propensão à descoberta e proporcionando o surgimento de hipóteses quando se examinam mensagens pouco exploradas anteriormente. A segunda é a função de administração da prova, ou seja, servir de prova para a verificação de hipóteses apresentadas sob a forma de questões ou de afirmações provisórias (BARDIN, 2009).

Nessa pesquisa, todas as entrevistas foram gravadas, conforme apontado anteriormente, e submetidas à Análise de Conteúdo, a qual tem por base a inferência. Dessa forma, trabalhou-se com a modalidade mais empregada dentro da Análise de Conteúdo, que é a análise temática, a qual possui como principal unidade de registro o tema que mais se repete nas falas dos entrevistados. A análise temática permite encontrar os núcleos de sentido que constituem a

comunicação, cuja presença e frequência de aparição podem ter algum significado para o objetivo analítico escolhido (MINAYO, 2010).

A autora caracteriza a Análise de Conteúdo como sendo empírica e, por esse motivo, não pode ser desenvolvida com base em um modelo exato. Contudo, para sua operacionalização, devem ser seguidas algumas regras de base, por meio das quais se parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado de compreensão (BARDIN, 2009). Destarte, após a transcrição das entrevistas, seguiram-se 3 importantes etapas da análise em movimentos de ir e vir que, em alguns momentos, se deram simultaneamente, a saber:

- ***Leitura flutuante*** – nessa primeira fase, realizamos a leitura de todas as perguntas subjetivas e de suas respectivas respostas – fornecidas pelos entrevistados – com o objetivo de organizar e tornar operacional todo o material a ser analisado (previamente transcrito). Procuramos também sistematizar as ideias iniciais e estabelecer uma relação entre os dados contidos no material de análise e os objetivos da pesquisa;
- ***Leitura exaustiva*** – nessa etapa, foram selecionadas apenas as respostas que apresentavam relação com os objetivos da pesquisa. Em seguida, identificamos os pontos que convergiam e divergiam entre as respostas dadas pelos profissionais, confirmando ou descartando as impressões depreendidas da etapa anterior (a leitura flutuante). Dessa forma, constituímos o *corpus* que seria submetido à análise temática de conteúdo, sendo agrupados os parágrafos e as sentenças com teor semelhante. Esse agrupamento possibilitou a identificação dos temas centrais presentes nas falas dos entrevistados, por meio dos quais se procedeu à criação e ao aprofundamento de cada categoria de análise;
- ***Preparação do material*** – nessa fase, os parágrafos e as sentenças reunidos na etapa anterior foram inseridos em um quadro de síntese com as ideias centrais que compõem cada categoria de análise, sendo organizadas segundo ordem crescente de frequência de temas abordados (Quadro 2). É importante registrar que tais categorias podem ser definidas como grandes enunciados que agregam um número variável de temas, de acordo com seu grau de proximidade, expressando percepções capazes de responder aos objetivos propostos pelo pesquisador. Nesse sentido, as categorias analisadas podem ser apriorísticas (quando o pesquisador já possui categorias pré-definidas, antes mesmo da realização das entrevistas, baseado no que aponta a literatura científica, por exemplo)

ou não apriorísticas (quando as categorias de análise emergem exclusivamente a partir do conteúdo das respostas dos sujeitos da pesquisa e, só posteriormente, são colocadas em diálogo com o que evidencia a literatura). Nesta pesquisa, optou-se pela elaboração de categorias de análise não apriorísticas, uma vez que, tomar como ponto de partida categorias previamente definidas, poderia limitar a abrangência de conteúdos importantes que emergissem espontaneamente das falas dos entrevistados.

Quadro 2 – Síntese do processo de definição das sete categorias de análise finais estudadas.

Definição das categorias de análise		
Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
Caracterização do suicídio	Compreensões gerais sobre o suicídio	Percepções acerca do suicídio enquanto fato social
Gênese do suicídio		
Alcances do suicídio		
Consequências do suicídio		
Repercussão do suicídio na família	Impacto do suicídio no ambiente familiar	
Recepção do suicídio pela família		
Consequências do suicídio	Particularidades do suicídio adolescente	Percepções sobre o suicídio de adolescentes
Repercussão do suicídio de um adolescente na família	Impacto do suicídio de um adolescente no ambiente familiar	
Recepção do suicídio de um adolescente pela família		
Mudanças na rotina para atestar suicídios	Procedimentos para notificar um óbito por suicídio	Registro do óbito por suicídio
Conduta profissional para atestar suicídios		
Dados sobre o óbito	Informações em casos de suicídio	
Fontes de dados		
Carga de trabalho	Dificuldades institucionais	Dificuldades encontradas no processo de trabalho
Quantidade de recursos humanos		
Infraestrutura institucional		
Pressão institucional		
Interpelação familiar	Dificuldades não institucionais	
Possibilidade de subregistro de suicídios	-	Percepção sobre a subnotificação de suicídios
Percentual de subnotificação	-	
Documentos como fonte de informação	Busca de informações prévias	Recursos utilizados para esclarecer a intencionalidade e classificar o óbito
Contato com outros profissionais do IML		
Contato familiar direto		
Laudo toxicológico	Produção de novas informações	
Indeterminação do óbito	Casos com intencionalidade duvidosa	
Investir na estratégia de contato com a família	-	Sugestões para melhorar a qualidade da informação sobre a intencionalidade do óbito
Melhorar a comunicação interinstitucional	-	
Melhorar a comunicação intrainstitucional	-	

A Análise de Conteúdo relaciona as estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, articulando a superfície dos textos com os fatores que determinam suas características. Nesse sentido, não se trata de cruzar significantes para atingir significados – como se faz na leitura normal – mas de, por meio dos significantes e dos significados (manipulados), buscar diferentes e possíveis interpretações de natureza sociológica, política, histórica, cognitiva, perceptiva, psicológica, dentre outros (MINAYO, 2010). A seguir, é apresentado um esquema (Figura 9), elaborado pela própria Bardin, que sintetiza todas as etapas de desenvolvimento da Análise de Conteúdo.

Figura 9 - Etapas de desenvolvimento da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009).

Assim, na presente pesquisa, foram destacadas as informações mais significativas nas falas dos profissionais entrevistados, buscando, ao longo do processo de interpretação dos resultados, minimizar os efeitos da influência dos julgamentos prévios do pesquisador sem, contudo, comprometer a imprescindível articulação das ideias para que se chegasse a conclusões (e considerações) pertinentes a respeito do suicídio enquanto fato social e seu impacto, bem como dos óbitos classificados com intencionalidade indeterminada. Desse modo, como preconizado por Bardin (2009), oscilou-se entre o “rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade” nesse processo interpretativo.

Com objetivo de facilitar a análise das informações, bem como para caucionar o sigilo e o anonimato dos participantes do estudo, foram adotados codinomes relacionados à categoria profissional dos entrevistados e ordem de realização da entrevista na pesquisa (por exemplo: “entrevistado 1”, “entrevistado 2”...). Por fim, além da categorização e descrição das percepções, realizamos uma discussão, com base no referencial teórico construído, integrando o mapeamento feito a partir da análise quantitativa com as percepções que emergiram a partir das entrevistas.

3.7 Aspectos éticos relacionados à pesquisa

De acordo com os termos da Resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, todo e qualquer projeto de pesquisa que seja relativo a seres humanos (direta ou indiretamente), deverá ser submetido à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa. Em cumprimento ao acima estabelecido, o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (COEP/FSP/USP), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 54454216.6.0000.5421 (ANEXO 3). Os dados coletados nesta pesquisa foram utilizados apenas para viabilizar a execução do estudo e não serão divulgados para outros fins que não sejam acadêmico-científicos.

4. RESULTADOS

4.1 Análise quantitativa (estatística descritiva)

De acordo com o banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Recife, do ano 2000 até 2014, 61 adolescentes foram a óbito por suicídio (optou-se por considerar que esses óbitos foram classificados corretamente pelos legistas) e outros 211 tiveram suas mortes classificadas como sendo de intencionalidade indeterminada. Nesse último caso, tratam-se de mortes que aconteceram em decorrência de causas externas, mas que não se conseguiu determinar se, em sua natureza intencional, eram homicídios, acidentes ou suicídios. Entretanto, 8 casos, desses 211, não deram entrada no IML Recife. Ou seja, o IML não foi a unidade atestante desses 8 óbitos. Dessa forma, apenas o histórico e documentação de 203 casos foram localizados e investigados nessa pesquisa, o que representa um percentual de 96,2% do universo estudado (Tabela 1).

Tabela 1 - Profissionais atestantes dos óbitos com intencionalidade indeterminada. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.

Atestante	n	%
IML	203	96,2
Médico que atendeu a vítima	3	1,4
Médico substituto	1	0,5
Outros	4	1,9
Total de óbitos indeterminados	211	100,0

Foram localizados o registro no Livro de Entrada de Corpos do IML, o Ofício Policial de Encaminhamento do Corpo para o IML, o Laudo Tanatoscópico e a guia rosa da Declaração de Óbito de todos os 203 casos. Apenas 31% possuíam Boletim de Ocorrência associado ao Ofício Policial. Ademais, 41,8% dos corpos foram encaminhados para o IML a partir de uma unidade hospitalar e, portanto, apresentavam a Guia de Remoção de Cadáver (GRC). Foi solicitado Laudo Toxicológico para 93 corpos, o que corresponde a um percentual de 45,8% do total de casos. No total, foram analisados 1.055 documentos de diversas naturezas no intuito de encontrar informações de menção, registro e caracterização das mortes como suicídio (Tabela 2).

Tabela 2 - Documentos pesquisados no IML Recife referentes aos 203 óbitos com intencionalidade indeterminada. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.

Documento Pesquisado	n	%
Ofício Policial de Encaminhamento do Corpo ao IML	203	100,0
Boletim de Ocorrência	65	31,0
Guia de Remoção de Cadáver	85	41,8
Registro no Livro de Entrada de Corpos no IML	203	100,0
Laudo Tanatoscópico	203	100,0
Laudo Toxicológico	93	45,8
Declaração de Óbito (guia rosa)	203	100,0
Total de documentos investigados	1.055	

Após o exame de cada um desses documentos, foi possível reclassificar 43 (21,18%) dos 203 óbitos em questão. Assim, dos casos inicialmente classificados como sendo de intencionalidade indeterminada: 9% (n=19) foram reclassificados como suicídio, 7% (n=14) como acidente e 5% (n=10) como homicídio.

Os demais casos (n=160) continuaram classificados com intencionalidade indeterminada, após a investigação, por não terem sido encontrados dados que permitissem sua reclassificação. Os casos de suicídio apresentaram o maior percentual de subnotificação (23,7%). Em seguida, vieram os acidentes (4,7%) e os homicídios (0,4%) – Tabela 1 do APÊNDICE 4 (página 118).

Ao se debruçar especificamente sobre o objeto de estudo da presente pesquisa, o suicídio de adolescentes, é importante reafirmar que as estatísticas oficiais do SIM Recife reportam que, no período estudado, houve apenas 61 suicídios. Contudo, ao somar os 19 suicídios reclassificados a esse quantitativo, tem-se um total de 80 suicídios de adolescentes que ocorreram dos anos 2000 a 2014, o que indica um percentual geral de subnotificação da ordem de 23,7%, conforme já foi apresentado e também consta na Tabela 3. Entretanto, a distribuição do impacto desse percentual não se deu de forma homogênea no grupo estudado. Nesse sentido, é necessário ressaltarmos que os adolescentes do sexo feminino, com idades de 10 a 14 anos e de raça/cor parda apresentaram os maiores percentuais de subnotificação de morte por suicídio (Tabela 3), sendo respectivamente 27,8%, 41,6% e 25,4%.

Na Tabela 3, também é possível constatar que não houve mudança no perfil das vítimas quando comparamos os dados de antes e depois da reclassificação dos casos. Nas duas situações, o maior contingente de casos de suicídio concentra-se no seguinte perfil: adolescentes do sexo masculino, com idades entre 15 e 19 anos (média de 17 anos) e de

raça/cor parda. Além disso, no banco de dados da SMS, referente aos óbitos por suicídio dessa população, não havia o registro da raça/cor de 4 vítimas (constava como ignorada). Contudo, através dos dados constantes nos documentos investigados, foi possível recuperar essa informação. É importante observar também a não existência de registro de adolescentes vítimas de suicídio de raça/cor preta.

Tabela 3 - Perfis dos suicídios antes e depois da investigação da intencionalidade dos óbitos, meios utilizados pelas vítimas e percentuais de subnotificação. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.

Características	Perfil antes (SIM Recife)		Perfil dos casos reclassificados		Perfil depois*		Subnotificação
	n	%	n	%	n	%	%
Sexo							
Masculino	35	57,4	9	47,4	44	55,0	20,5
Feminino	26	42,6	10	52,6	36	45,0	27,8
Total	61	100,0	19	100,0	80	100,0	
Idade							
De 10 a 14	7	11,5	5	26,3	12	15,0	41,6
De 15 a 19	54	88,5	14	73,7	68	85,0	20,5
Total	61	100,0	19	100,0	80	100,0	
Média de idade	17 anos		16 anos		17 anos		
Raça/Cor							
Parda	43	70,5	16	84,2	63**	80,0	25,4
Branca	14	21,3	3	15,8	17	20,0	17,6
Ignorada	4	8,2	0	0,0	0	0,0	
Total	61	100,0	19	100,0	80	100,0	
Meio adotado							
Envenenamento	21	34,4	12	63,2	33	41,3	36,4
Enforcamento	14	23,0	3	15,7	17	21,2	17,6
Objeto contundente	10	16,4	2	10,5	12	15,0	16,7
Arma de fogo	7	11,5	0	0,00	7	8,8	0,0
Precipitação de lugar elevado	6	9,9	1	5,3	7	8,8	14,3
Permanência diante de objeto em movimento	1	1,6	0	0,0	1	1,2	0,0
Fumaça, fogo e chamas	1	1,6	0	0,0	1	1,2	0,0
Meios não especificados	1	1,6	1	5,3	2	2,5	50,0
Total	61	100,0	19	100,0	80	100,0	23,7

*Perfil antes (SIM Recife) + Perfil dos casos reclassificados.

**Corresponde aos óbitos de raça/cor parda do Perfil antes (43) + óbitos de raça/cor parda do Perfil dos casos reclassificados (16) + 4 óbitos do Perfil antes que estavam com ignorados e foram reclassificados como sendo de raça/cor parda no Perfil depois.

Quando se analisam os principais meios utilizados para efetivar o suicídio, nas duas bases de dados (SIM Recife e com a inclusão dos óbitos recuperados), a maior frequência é de casos envolvendo envenenamentos, seguidos do enforcamento e das lesões causadas por objeto contundente (Tabela 3 e Figura 10). É importante destacar que os exames toxicológicos que apresentaram resultado positivo para a ingestão/uso de pesticidas, notadamente o carbamato (chumbinho), foram os responsáveis pelo maior incremento de vítimas dentro do quantitativo de casos que foram reclassificados (dos 19 óbitos reclassificados como suicídios, 63,2% [n = 12] tinham o uso de pesticidas e, portanto, o envenenamento como agente causador do óbito). Por este motivo, o envenenamento foi o meio utilizado que apresentou o mais significativo percentual de subnotificação (36,4%) – Tabela 3.

O quarto meio mais utilizado para praticar o suicídio é o uso da arma de fogo, com percentual semelhante à precipitação de lugar elevado (meio característico de quando a vítima se joga de uma ponte, viaduto ou arranha-céu). Aparecem ainda, com menor frequência, a permanência diante de um objeto em movimento (por exemplo, quando o indivíduo fica diante de um automóvel – ou outro veículo – que se desloca em sua direção, ou quando a pessoa, subitamente, se joga na frente desse tipo de objeto em movimento), o suicídio causado por fumaça, fogo e chamas (ocasiões nas quais o indivíduo põe fogo no próprio corpo, utilizando-se de uma substância inflamável) e meios não especificados (apesar de ter sido constatada a natureza suicida da morte, não foi possível determinar o meio utilizado pela vítima) – Tabela 3 e Figura 10.

Classicamente, a literatura que trata dos estudos sobre o suicídio aponta que há diferenças importantes com relação à frequência dos meios empregados por homens e por mulheres para perpetrar o suicídio. Assim, ao realizar uma análise nesse aspecto, considerando o total de 80 óbitos (aqueles que já tinham sido registrados pelo SIM Recife somados aos 19 novos casos reclassificados), é possível identificar que, enquanto o meio mais empregado pelas vítimas do sexo feminino é o envenenamento (61,1%), para os homens, é o enforcamento (31,8%) – Figura 11. Nesse sentido, enquanto as meninas utilizam o envenenamento quase duas vezes e meia a mais que os meninos, estes recorrem ao enforcamento quase quatro vezes mais que as meninas. O que faz com que o enforcamento só apareça em terceiro lugar como método mais empregado pelo sexo feminino. Continuando a analisar o emprego dos métodos utilizados, segundo o sexo das vítimas, é digno de menção também o fato de que a arma de fogo é aproximadamente cinco vezes mais utilizada pelas vítimas do sexo masculino.

Figura 10 - Óbitos por suicídio, de acordo com o meio utilizado, segundo as duas fontes de dados utilizadas na pesquisa (%). Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.

Figura 11 - Óbitos por suicídio, de acordo com o meio utilizado, segundo o sexo (%). Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.

Quando se analisa o meio utilizado, de acordo com a faixa etária (Figura 12), nota-se que os adolescentes com idades de 10 a 14 anos utilizam apenas três meios para consumir o suicídio: predominantemente o envenenamento (66,7%), seguido do enforcamento e da precipitação de lugar elevado (ambos com 16,7%). Já aqueles na faixa etária de 15 a 19 anos também utilizam métodos de outras naturezas. Nesses, similarmente ao observado no grupo anterior, o predomínio é do envenenamento (36,8%), seguido do enforcamento (22,1%), objeto contundente com 17,6% (método não utilizado por aqueles com idades de 10 a 14anos), arma de fogo com 10,3% (meio igualmente não usado pelos adolescentes mais jovens) e precipitação de lugar elevado (7,4%). Aparecem ainda nesse grupo, com menores frequências, os meios: permanência diante de objeto em movimento e fumaça, fogo e chamas, além de outros meios não especificados (Figura 12).

Figura 12 - Óbitos por suicídio, de acordo com o meio utilizado, segundo a faixa etária (%). Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.

As diferenças encontradas nos quantitativos de óbitos, após a reclassificação, vão interferir diretamente nas taxas de mortalidade por suicídio. Dessa forma, a Figura 13 apresenta o comportamento dessas taxas ao longo do período estudado. Nela é possível observar que a taxa de suicídios calculada, após a reclassificação dos óbitos indeterminados e

a inclusão dos novos casos de, apresenta um comportamento de ascensão progressiva, até o quarto triênio (2009 – 2011), diferente daquilo que a estatística oficial permite inferir.

Entre o terceiro e o quarto triênios, há um crescimento das taxas tanto considerando os óbitos registrados no SIM Recife quanto após a inclusão dos 19 novos suicídios. Neste último caso, observa-se o pico máximo taxa de suicídios, sendo de 2,6 óbitos para cada 100.000 adolescentes (Figura 13). No quarto triênio, verifica-se a maior diferença entre as taxas estudadas. Enquanto a taxa incluindo todos os óbitos recuperados é de 2,6 por 100.000, a taxa com os óbitos registrados no SIM Recife é de 1,9 suicídios a cada 100.000, o que corresponde a uma variação de 36,8%, sendo a primeira quase uma vez e meia maior que a segunda (razão = 1,4) – Tabela 4.

Figura 13 – Taxa trienal de mortalidade por suicídio (por 100.000 hab), segundo as duas fontes de dados utilizadas na pesquisa (%). Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.

Após o terceiro triênio (2009-2011) ambas as taxas apresentam declínio (Figura 13). Entretanto, a taxa com os óbitos recuperados continua maior que as taxa considerada oficial, sendo 1,3 vezes maior que a taxa com os dados do SIM Recife (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação entre as taxas de mortalidade por suicídio (variação percentual e razão de taxas), por 100.000 hab. segundo os triênios estudados. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.

Triênio	Taxa Antes (SIM Recife)	Taxa Depois (com a inclusão dos novos casos)	Variação (%)*	Razão**
2000-2002	1,7	1,8	5,9	1,1
2003-2005	1,5	2,0	33,3	1,3
2006-2008	1,5	2,4	60,0	1,6
2009-2011	1,9	2,6	36,8	1,4
2012-2014	1,0	1,3	30,0	1,3

*Taxa Depois - Taxa Antes (SIM Recife) / Taxa Antes (SIM Recife) x 100.

**Taxa Depois / Taxa Antes (SIM Recife).

A gestão em saúde do Recife divide o território em oito Distritos Sanitários. Ao fazer uma distribuição percentual dos suicídios entre os referidos DSs onde residiam as vítimas, é possível comparar as regiões que concentram os maiores quantitativos de óbitos por essa causa. Assim, considerando tanto o que consta no SIM Recife, como o somatório total de casos após a reclassificação, observa-se que os casos estão pulverizados em toda a localidade, embora haja um maior percentual no DS VI (18,8%), região da qual faz parte o bairro mais populoso da cidade, o bairro de Boa Viagem (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos óbitos por suicídio, segundo DS. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.

Distritos Sanitários	Antes SIM Recife		Novos Casos		Total	
	n	%	n	%	n	%
I	6	9,8	3	15,8	9	11,2
II	6	9,8	2	10,5	8	10
III	8	13,1	1	5,3	9	11,2
IV	12	19,7	2	10,5	14	17,5
V	9	14,8	1	5,3	10	12,5
VI	11	18,0	4	21,1	15	18,8
VII	4	6,6	3	15,8	7	8,8
VIII	5	8,2	3	15,8	8	10
Total	61	100	19	100	80	100

A Tabela 6 apresenta os locais onde ocorreram os óbitos estudados (considerando apenas o total geral incluindo os óbitos recuperados). Através dela, é possível observar que mais de 60% das mortes por suicídio ocorreram em hospitais. Isso indicia a preocupação das pessoas do ciclo de convivência do adolescente em prestar socorro, o que se relaciona

possivelmente com o fato de a maioria dos óbitos ter sido por envenenamento, uma vez que esse meio de praticar o suicídio permite que haja tempo hábil para receber cuidados médicos e tentar evitar a morte.

Tabela 6 - Local de ocorrência dos óbitos por suicídio. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.

Local	n	%
Hospital	50	62,5
Domicílio	17	21,3
Via pública	8	10,0
Outros	5	6,3
Total	80	100,0

Encerra-se aqui a apresentação dos resultados referentes à parte quantitativa da presente pesquisa. Assim, o próximo tópico desta seção é dedicado à apresentação dos resultados qualitativos relativos à Análise do Conteúdo das falas dos médicos legistas que estavam atuando no IML Recife em 2016.

4.2 Análise qualitativa (conteúdo das falas dos entrevistados segundo Bardin)

Entre os meses de junho e agosto de 2016, foram entrevistados 9 profissionais legistas atuantes no Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha (IML Recife), sendo duas mulheres e sete homens, com média de idade de 48 anos e com 12 anos de atuação no referido IML em média. A entrevista abordou aspectos relacionados à percepção que esses profissionais tinham acerca do suicídio enquanto fato social, além de questionar sobre prováveis fatores que poderiam interferir no aumento do número de mortes com intencionalidade indeterminada, mascarando assim possíveis casos de suicídio. A partir das entrevistas, foi possível estruturar sete categorias de análise.

4.2.1 Primeira categoria de análise: percepções acerca do suicídio enquanto fato social

Ao serem questionados sobre qual é o impacto do suicídio no ambiente familiar, as respostas dos legistas revelaram uma percepção ampliada acerca do fenômeno enquanto fato

social, composta por dois eixos temáticos principais: as compreensões gerais sobre o suicídio e os impactos advindos de uma situação dessa natureza.

Assim, do conteúdo das falas dos entrevistados emergem o entendimento do suicídio como um tabu social, por ser um tipo de morte muito triste e trágica, do qual não se fala, mas que atinge toda a sociedade para além da família na qual ocorreu o fato. Associada a essa percepção, surge a ideia de que a gênese do suicídio se alicerça em fatores relacionados a questões de saúde mental, mas também a aspectos como a fragilidade da estrutura familiar (laço social), a ausência de diálogo e o consequente isolamento social, trazendo como consequência uma grande carga de sofrimento acompanhada de profundas reflexões e questionamentos aos que ficam. Tais percepções podem ser exemplificadas nos excertos abaixo:

As histórias de suicídios são sempre muito tristes, não é? Muito trágicas e muito fortes. Quando alguém que decide deixar de viver, essa decisão vai ter consequências na família, na sociedade em geral e nos amigos também [...] porque você acaba que fica se perguntando também qual é o sentido da vida? Quais os motivos que podem ter levado aquela pessoa a cometer o suicídio? Então, eu acho que é algo muito forte. Acho que a gente repensa a vida da gente, quando sabe de um caso de suicídio, porque a cabeça da gente é muito frágil [...] às vezes, um desvio de personalidade ou transtorno de personalidade, uma desilusão amorosa [...] são muitos os motivos que podem levar alguém se suicidar (ENTREVISTADO 3);

Às vezes, a família já tem uma estrutura louca e as pessoas não conversam, não dialogam. E nesse mundo hoje de redes sociais, onde as pessoas estão muito mais se importando com o virtual, do que com o olho no olho, com pegar na mão, com o toque, com uma boa conversa [...]. Isso faz com que as pessoas se sintam mais sozinhas, com certeza, mais isoladas. É uma coisa em cascata, viu? É algo muito forte e marca para sempre! E as pessoas não falam sobre isso (ENTREVISTADO 4);

Ainda é um tabu muito grande, né? A morte em si já é um tabu. Então, sendo um tabu, vai ser muito complicado para essa família depois (de um episódio de suicídio) (ENTREVISTADO 5).

No segundo eixo temático que estrutura a percepção do suicídio como fato social, as falas dos entrevistados permitem compreender como e em que intensidade se dá o impacto de uma morte por suicídio na estrutura familiar. Em outras palavras, o conteúdo das falas permite entender, a partir da opinião dos entrevistados, como as famílias lidam com o suicídio e qual a intensidade de repercussão do ato em quem convivia com o indivíduo que foi a óbito. Assim, os médicos acreditam que, além do grande impacto que o suicídio causa, sua repercussão é maior do que a de outros tipos de mortes, uma vez que as pessoas não estão preparadas para assimilar o acontecimento e não sabem como lidar com esse evento, conforme ilustrado nas seguintes falas:

Eu acredito que o suicídio impacta de uma maneira diferente em um ambiente familiar, quando a gente compara com outros tipos de morte, sabe? Geralmente, assim [...] é uma morte trágica e as pessoas não conseguem lidar direito com o suicídio. Eu acho que o impacto é significativo, é um impacto grande. As pessoas não sabem lidar com o suicídio, né? [...] com fato em si (ENTREVISTADO 2);

É um impacto poderoso, muito forte. Essa é uma das mortes mais dolorosas para quem fica. A família sofre muito para superar. O impacto é muito grande. Geralmente, as pessoas não esperam isso. É um impacto catastrófico na família que envolve a pessoa que sofreu o suicídio (ENTREVISTADO 6).

O gráfico a seguir, em formato de explosão solar, agrupa hierarquicamente os principais núcleos de sentido que estruturam os dois eixos temáticos da primeira categoria de análise. A extensão (tamanho) de cada setor ocupado na mandala representa a intensidade com que aquele tema e seus núcleos de significação se expressam nas falas dos entrevistados (Figura 14).

Figura 14 - Percepções acerca do suicídio enquanto fato social. Legistas atuantes no IML Recife. 2016.

4.2.2 Segunda categoria de análise: percepções sobre o suicídio de adolescentes

De acordo com os profissionais entrevistados, o suicídio de um adolescente causa um maior impacto na família e também provoca uma dor e sensação de perda maiores do que o suicídio de um adulto ou idoso, por exemplo. Além disso, os familiares recebem a notícia com um sentimento de culpa e responsabilidade pelo ocorrido, o que fará com que o processo de vivência do luto seja mais complexo e demorado. Outra percepção que emerge como sendo uma característica da morte de um adolescente, seja ela por suicídio ou não, é o fato de que este

evento rompe a lógica da vida, dado que os pais não estão preparados para perder seus filhos. Os trechos das falas abaixo exemplificam essa percepção, que também está esquematizada na Figura 15:

Eu acho que o suicídio de um adolescente impacta mais do que o suicídio de um adulto na família, porque os pais ficam se perguntando, né? Fica aquela dúvida se eles negligenciaram alguma coisa, se foi fatalidade [...] Com certeza, eu acho que você perder um filho pode repercutir durante muitos anos na cabeça de um pai e uma mãe (ENTREVISTADO 1);

O suicídio de um filho adolescente [...] vai repercutir mais na família [...] porque a morte de qualquer filho para um pai, ela (a morte) acaba saindo, desvirtuando a lei natural das coisas. Assim [...], aquilo que se espera é que os filhos enterrem seus pais, e não o contrário. Então, quando tem uma morte de um filho [...] eu acho que isso pode ser devastador para família. Acho que é um luto muito mais complicado. O processo de luto para lidar com tudo isso, com a perda, é mais complicado para essa família quando é um jovem, quando é um adolescente que morre (ENTREVISTADO 2);

É provável que o impacto da morte de um adolescente na família [...], seja maior e mais significativo [...], seja mais doloroso do que a morte de um adulto ou de um idoso. No caso de um idoso, a gente já espera a morte e aceita melhor porque é o ciclo da vida mesmo, né? [...]. Os pais não estão preparados emocionalmente, psicologicamente, para o funeral de seus filhos. Porque o suicídio [...] rompe a lógica do ciclo da vida para aquela família. Qual é essa lógica do ciclo da vida? Os pais têm seus filhos e aí eles dão lugar a essa outra geração que vai vir. E o suicídio, de repente, quebra isso (ENTREVISTADO 5);

É mais chocante porque a pessoa está na flor da idade, ainda descobrindo o mundo [...] por isso repercute forte mais e a família pode se sentir até culpada pelo ocorrido (ENTREVISTADO 8).

Figura 15 - Percepções sobre o suicídio de adolescentes. Legistas atuantes no IML Recife. 2016.

4.2.3 Terceira categoria de análise: registro do óbito por suicídio

Essa categoria de análise também se estrutura em dois eixos temáticos presentes nas falas dos profissionais: o detalhamento acerca dos procedimentos para se atestar um óbito por suicídio e o fluxo da busca de informações em casos de óbitos por essa causa. Com relação ao primeiro eixo, a maioria dos legistas aponta que existem mudanças na rotina para registrar um

óbito por suicídio. Embora essas não sejam tão significativas, elas dizem respeito à conduta do profissional que adota uma postura de maior cautela para ter convicção da intencionalidade do óbito. Em oposição a essa percepção, dois profissionais relataram que não há mudanças, uma vez que o suicídio é um óbito como qualquer outro em relação aos procedimentos que precisam ser realizados no IML. A seguir, o conteúdo de algumas dessas falas é apresentado para ilustrar essa análise de percepção:

Geralmente, a gente tem mais cuidado para atestar se é mesmo suicídio (ENTREVISTADO 2);

Tem! Tem mudança na rotina sim! A gente precisa ter mais cautela, de mais cuidado para atestar. A gente precisa confirmar que é, realmente, um suicídio [...] porque nem todas as histórias de suicídio, nem todos os casos de suicídio que chegam aqui é explícito: foi suicídio. Não vem com o relato já confirmando que foi suicídio e a necropsia vem somente para dar o aval final. A maioria dos casos de suicídio não chega assim já com tudo claro, explícito, não chega com tudo pronto afirmando que foi suicídio. Então, a gente tem que ir atrás mesmo dos fatos para confirmar que é um suicídio (ENTREVISTADO 5);

[...] é preciso ter mais cuidado para verificar se é certo mesmo, se é suicídio mesmo. Porque, às vezes, a gente não tem todo o conhecimento do fato. O conhecimento que chega para a gente aqui é incompleto (ENTREVISTADO 6);

É preciso ser mais cuidadoso e ir em busca de mais detalhes que possam caracterizar essa situação da forma mais segura possível [...] com segurança mesmo, para não ter equívocos (ENTREVISTADO 9);

Não há mudança na rotina! Os procedimentos são os mesmos. Não tem diferença. A questão é buscar as informações, ver o que as evidências das lesões caracterizam e fazer as considerações no laudo para atestar e determinar a circunstância (ENTREVISTADO 7).

No segundo eixo temático dessa categoria, o conteúdo das falas dos legistas revela que, embora cheguem informações juntamente com o cadáver (ao dar entrada no IML), esses dados (que podem vir do OPEC, do BO, da GRC ou até mesmo de relatos de familiares) chegam em pouca quantidade e incompletos, o que pode contribuir para que um caso de suicídio tenha sua intencionalidade invisibilizada e fique registrada como indeterminada. Muitos ainda reforçam a necessidade de ir em busca de informações mais detalhadas que os auxiliem a determinar a intencionalidade da morte:

Na verdade, a gente fica mais cauteloso para ter certeza de que aquele evento, de fato, foi um suicídio. Na dúvida, a gente vai colocar como indeterminado porque pode ser que seja homicídio [...] pode ser que seja um acidente também, né? Por exemplo, quando alguém morre afogado e chega muito caso aqui assim [...] de alguém que morreu afogado [...] e independente de ser adolescente ou não [...] chega alguém que morreu afogado, a gente não sabe, ao certo, em que circunstâncias aconteceu aquela morte (ENTREVISTADO 3);

Geralmente, quando a gente suspeita de que é um suicídio, mas não há nenhum relato no ofício policial, na Guia de Remoção do Cadáver [...] ou algum relato dos familiares [...], a gente precisa ter mais cuidado. Tem casos de homicídio que podem muito bem ter a cena do crime transformada de modo a que pensem que foi um suicídio, um acidente [...] tem gente pra tudo no mundo e nossa responsabilidade é muito grande. A gente não pode afirmar, se não em certeza. Mas, nos casos em que já tem um histórico registrado nos documentos que chegam aqui (no IML) com o corpo, fica mais seguro, entende? (ENTREVISTADO 4);

[...] A gente só tem que ter mais cuidado para ir atrás das informações para não cometer um erro para ter uma coisa mais certa, que condiga com a realidade dos autos e dos fatos (ENTREVISTADO 5);

O conhecimento que chega pra a gente aqui é incompleto. Nem um Boletim de Ocorrência a gente tem mais obrigação de receber. São

poucas informações que a gente recebe [...]. Por isso, toda informação é valiosa. Qualquer informação pode ser um ponto de referência e a gente tem que levar em consideração. Mas a gente também tem que ter cuidado com essa informação [...] tem que ter cuidado no sentido de não cometer um erro. Vamos supor que uma pessoa bebeu e se afogou acidentalmente. Quando acontece isso, eu peço um toxicológico para tentar confirmar [...], pois um afogamento pode ser homicida também. Pode ser um suicídio, mas é mais raro. Já teve um caso que vinha com um histórico de suicídio e eu não coloquei como suicídio porque [...] veja [...] a pessoa tinha pulado do prédio, esse era o relato que chegou. Mas, como eu não estava lá, na hora, eu não estava presente [...] como é que eu vou saber se ele (a vítima) tinha bebido e estava bêbado [...] ou estava sob o uso de drogas [...] ou se tinha sido empurrado, se alguém empurrou? As lesões são as mesmas para todos esses casos, então, não dá pra saber. Poderia ter sido um acidente, um homicídio ou um suicídio, entende? (ENTREVISTADO 6);

O que muda é que os suicídios, algumas vezes, não chegam aqui (ao IML) caracterizados como suicídios mesmo, sabe? [...]. Se a gente não tiver certeza de que é suicídio comprovado de alguma forma, esse óbito vai ficar indeterminado. Com homicídio é mais fácil, é mais explícito e é a maioria dos casos (ENTREVISTADO 8);

Geralmente, temos poucas informações sobre a história da pessoa e sobre a circunstância em que aconteceu a morte. O que muda é que a gente precisa de mais informações para a gente ter certeza de que é um suicida, para a gente ter certeza de que é um suicídio [...] confirmar que a pessoa realmente cometeu suicídio (ENTREVISTADO 9).

O próximo gráfico reúne os dois temas que compõem essa categoria de análise e apresenta os núcleos de sentido mais frequentes em cada eixo a partir das falas dos participantes da pesquisa (Figura 16).

Figura 16 - Registro do óbito por suicídio. Legistas atuantes no IML Recife. 2016.

4.2.4 Quarta categoria de análise: dificuldades encontradas no processo de trabalho

Esta categoria analítica reúne as dificuldades vivenciadas pelos entrevistados no processo de trabalho e que seriam capazes de influenciar, de alguma forma, o processo de não determinação da intencionalidade dos óbitos. Os profissionais relatam que não existe uma

difficuldade especificamente ligada à natureza do óbito por ser um suicídio (embora, na categoria de análise anterior, tenha ficado patente que a falta de informações, que poderiam vir nos documentos em casos de suicídio, tende a ser mais presente e faz com que o profissional adote uma postura de maior cautela).

O que está em foco aqui são as possíveis dificuldades de ordem estrutural e infraestrutural encontradas no exercício de suas atividades profissionais. Assim, de forma semelhante às categorias de análise já apresentadas, esta também se divide em dois eixos temáticos: as dificuldades institucionais e as não institucionais (Figura 17).

Os principais núcleos de sentido que constituem o primeiro eixo permitem identificar uma percepção coletiva de que as dificuldades relacionadas à instituição preponderam sobre as não institucionais. São significativos os relatos a respeito da sobrecarga de trabalho causada pela insuficiente quantidade de recursos humanos, aliada à falta de insumos considerados básicos para execução das atividades e às pressões institucionais para que cada legista dê conta da realização de uma quantidade determinada de necropsias, uma cota estabelecida institucionalmente e sem negociação prévia. Seguem fragmentos com o conteúdo de algumas falas versando sobre o colocado:

A dificuldade principal que a gente tem aqui, mas isso não é só para o suicídio [...] isso é para qualquer óbito, para qualquer morte [...], é a intensidade da carga de trabalho e a quantidade reduzida de recursos humanos. Nós somos poucos profissionais e a gente se reveza. É difícil para a gente dar conta da quantidade de atividades, da quantidade de perícias, de laudos que a gente tem que dar num espaço de tempo curto. Isso acaba dificultando o trabalho (ENTREVISTADO 2);

São questões ligadas ao nosso processo de trabalho mesmo [...] e isso para todos os óbitos, seja suicídio ou não. São as mesmas dificuldades [...] o mesmo para os homicídios, que são a maior parte dos casos. A quantidade de corpos, para fazer a necropsia é tão grande que a gente acaba não fazendo com todos os detalhes necessários [...] só o essencial. Não sei se você já viu, mas, a imprensa sempre noticia as condições de trabalho aqui no IML. Não são condições fáceis! Não é prioridade mesmo de governo [...] fornecer condições de trabalho melhores (ENTREVISTADO 3);

Acho que são três coisas principais: a carga de trabalho que é muito grande aqui, porque temos poucos legistas e a cota de necropsia para cada um é grande; a falta de materiais básicos de infraestrutura e a pressão para liberar logo o corpo. A gente precisa de um tempo para fazer tudo com segurança e perícia minuciosa, mas as pessoas não entendem isso [...] querem números, cotas e se esquecem dos processos. Querem os fins, mas não levam em consideração os meios, as condições que não são ofertadas (ENTREVISTADO 4);

A gente tem dificuldades, mas são dificuldades mais gerais, dificuldades relacionadas à questão do trabalho mesmo, do processo de trabalho. Somos poucos aqui [...] somos poucos profissionais e a demanda é grande. A dificuldade é estrutural mesmo (ENTREVISTADO 5);

Como a gente tem um volume muito grande de corpos para fazer a necropsia, a gente não faz bem feito. Não tem como! Isso precisa ser revisto. A gente fica com muita sobrecarga e claro que isso afeta a qualidade do procedimento, do trabalho, da execução do trabalho. Imagine você fazer a necropsia de dez cadáveres seguidos. É complicado. Não sai bem feito. Mas isso é para todos os corpos que chegam aqui, não é só para os casos de suicídio. É igual (ENTREVISTADO 7).

Em relação às dificuldades não institucionais, os entrevistados colocam que as pressões exercidas pelos familiares são fatores que acabam por interferir no processo de trabalho. Essas pressões externas acontecem de duas maneiras, de acordo com o relatado. A primeira (e mais recorrente) delas diz respeito à coerção exercida pelos parentes para que o corpo da vítima seja liberado o mais rápido possível pelo IML e seja organizado o funeral. O segundo tipo de pressão se dá pela possível intervenção da família para caracterizar o óbito como não sendo suicídio. Apesar dos profissionais entrevistados nunca terem sofrido esse tipo de pressão, eles relatam casos em que sabem que isso aconteceu. Abaixo, algumas falas exemplificam esse eixo das percepções dos profissionais sobre as dificuldades encontradas:

Os familiares, os responsáveis pelos corpos, querem a liberação imediata. Se fosse possível, nem viriam aqui. Se fosse possível, o corpo nem dava entrada no IML. As pessoas acham que é igual a caldo de cana, acham que é simples, fácil e rápido [...] (ENTREVISTADO 4);

A gente é interpelado sempre para liberar o corpo mais rápido [...] o quanto antes. Isso é direto! Mas é compreensível, porque as famílias querem fazer o funeral, ter seu momento de despedida (ENTREVISTADO 5);

A família fica no pé para liberarmos logo o corpo [...] pressiona mesmo. Quer agilidade e rapidez, porque não entende as condições daqui (ENTREVISTADO 8);

Uma coisa está ligada a outra. É em cadeia! Tem todos esses fatores interferindo nisso. A pressão para liberar logo o corpo também acaba deixando alguns corpos com óbito indeterminado. O volume de cadáveres é grande para poucos profissionais, como falei antes. Acho que esses atropelos no processo de trabalho acabam interferindo nessas estatísticas (ENTREVISTADO 9);

[...] Eu conheço colegas [...] que nem é daqui do IML, é de outra de outra cidade e nem é daqui de Pernambuco [...], que já teve problema. Assim, uma família, [...] acho que era um rapaz de 15 anos, não lembro [...] a família, o tempo inteiro estava caracterizando o óbito como acidente. Aí, assim, ficou uma dúvida porque não se sabia se tinha sido mesmo acidente. Os pais disseram que ele se desequilibrou da sacada do prédio e caiu lá de cima. Mas, foi necessário fazer uma autópsia psicológica mesmo pra levantar os antecedentes de saúde mental, [...] ele tinha histórico de depressão (ENTREVISTADO 1).

É interessante e importante atentar para o fato de que os legistas entendem que essas dificuldades (intra ou extra institucionais) são, em consequência, as possíveis causas do

aumento do número de corpos que têm sua intencionalidade indeterminada. Assim, as dificuldades encontradas no processo de trabalho irão refletir diretamente na qualidade do trabalho executado e serão alguns dos fatores responsáveis pela indeterminação da intencionalidade dos óbitos e, por conseguinte, pelo processo de ocultação de casos de suicídio.

Figura 17 - Dificuldades encontradas no processo de trabalho. Legistas atuantes no IML Recife. 2016.

4.2.5 Quinta categoria de análise: Percepção sobre a subnotificação de suicídios

Quando os médicos foram questionados sobre a possibilidade de existirem casos de suicídio ocultos dentro do quantitativo de casos classificados como sendo de intencionalidade indeterminada, constata-se uma unanimidade nas respostas. O que leva a uma sólida percepção de que, apesar de não saberem estimar um percentual (que variou de 5% a 10%), é provável que existam casos de suicídios subnotificados e que esses seriam em pequena quantidade. Essa percepção é ilustrada a partir dos seguintes fragmentos:

Eu acredito que, se você tá tendo um grande número de óbitos com intencionalidade não determinada, então, é possível que dentro dessas mortes também tenham suicídio. Mas, com certeza, acho que é mais homicídio, na verdade [...]. Eu não sei assim dizer um percentual, mas eu acho que é um percentual pequeno porque o número de suicídio é pequeno, né? (ENTREVISTADO 1);

Pode ter suicídio sim! Como a estrutura aqui é deficiente e a falta de informação também é grande, acaba aumentando muito a estatística de indeterminados [...] mas, deve ser um percentual pequeno (ENTREVISTADO 2);

Eu acho que sim, mas não creio que sejam muitos casos. Acho que para cada suicídio que chega aqui, vem uns 100 homicídios, se não for mais. Mas deve ter suicídio no meio sim. Acho que menos de 10% dos indeterminados! 10%, no máximo (ENTREVISTADO 3);

4.2.6 Sexta categoria de análise: Recursos utilizados para esclarecer a intencionalidade e classificar o óbito

Nessa categoria analítica, buscou-se entender o que os profissionais fazem quando não há uma clareza quanto à intencionalidade da morte e quais são os recursos que eles utilizam

para elucidar e determinar essa intencionalidade. Aparecem, então, três temas estruturadores que permitem conhecer qual a conduta dos profissionais frente à situação exposta.

O primeiro tema mais mencionado foi a busca por informações prévias sobre o óbito. Essa busca pode ocorrer através da consulta aos documentos que chegam ao IML no momento em que o corpo é recebido pelo serviço (notadamente a GRC, além do OPEC e do BO), pode ocorrer através de um contato com o profissional do IML que recebeu o corpo ou através do contato direto com familiares que possam relatar em que circunstância aconteceu o fato, conforme ilustrado abaixo:

A gente busca informação no Boletim de Ocorrência e na Guia de Remoção do Cadáver [...]. A gente nem sempre consegue contato com a família pra tirar a dúvida na hora, mas a gente tenta também (ENTREVISTADO 1);

Converso com a família, mas, antes, leio o Ofício Policial que encaminha o corpo pra cá, com cuidado. E, quando a vítima vem de alguma unidade hospitalar, também vem a Guia de Remoção de Cadáver. Aí tem muito mais informações, o percurso clínico [...], se chegou com vida ao serviço ou não, se passou por cirurgia, se fizeram lavagem estomacal no caso de ter ingerido chumbinho. Mas, não é sempre que temos essas informações todas. Também converso com a pessoa que recebeu o corpo aqui. Geralmente, essas pessoas (que receberam o corpo) conversaram com a família e sabem outros detalhes [...] (ENTREVISTADO 3);

Eu tento reunir todas as informações disponíveis. Então, se o corpo veio de um hospital, eu observo todas as anotações que tem na Guia de Remoção do Cadáver. Esse é um documento importante para a gente. Facilita muito a vida da gente aqui, porque ele direciona muita coisa, vem com muitos detalhes da assistência [...]. O Ofício Policial também, mesmo que seja sumário, [...] e que não traga muito detalhe, é importante porque diz o local onde aconteceu o fato. E eles podem até dizer ‘suspeita de suicídio’ e a gente já fica atento. Também é bom conversar com a família para ter mais informações. Eu acho que isso é

fundamental, mas, às vezes, a gente não consegue conversar, porque tem que dar conta de outras situações. Outra coisa também é conversar com o funcionário que recebeu o corpo. A pessoa que recebe o corpo, às vezes, ela tem uma informação mais detalhada ou porque já conversou com a família antes da gente [...] ou porque conversou com o agente funerário [...] ou por que conversou com o policial que trouxe o corpo para cá (para o IML) (ENTREVISTADO 5).

O segundo tema refere-se à produção de novas informações que ajudem a esclarecer a intencionalidade do óbito, através da solicitação de um laudo toxicológico. Contudo, foi recorrente a menção ao fato de que, apesar dos profissionais solicitarem esse exame, seu resultado demora muito tempo para ficar pronto (podendo ser de semanas ou até meses a depender da natureza da substância que está sendo investigada). Como o corpo precisa ser liberado, é registrada na DO a intencionalidade indeterminada. Assim, mesmo que haja a suspeição de que é um óbito por suicídio e o toxicológico reforce esses indícios, não há como retificar a DO e aquele caso não constará nas estatísticas oficiais sobre suicídio. Alguns trechos que apontam para essa percepção são os seguintes:

[...] muitas vezes, a gente pede um laudo toxicológico também para não ter erro (ENTREVISTADO 2);

[...] eu peço um parecer toxicológico e o resultado nem volta para mim. Libero o corpo antes do resultado chegar (ENTREVISTADO 3);

Só ficam indeterminados aqueles casos em que a gente está em dúvida sobre a natureza da morte, sobre as circunstâncias da morte e a gente não tem como atestar de outra forma pra liberar, porque a família tá pressionando e a gente não tem uma resposta muito rápida, por exemplo, do toxicológico. E aí a necropsia não foi definitiva, não foi conclusiva. A gente libera o corpo assim mesmo [...] aí não volta mais para a gente, depois, para dar um parecer final [...] porque aí, já está correndo com a investigação. Aí, já é outra história (ENTREVISTADO 5);

[...] poderia ter sido um acidente, um homicídio ou um suicídio, entende? Poderia ser qualquer um dos três. Daí, eu pedi os exames da toxicologia. E os exames não voltam pra a gente. Se fosse num país mais sério, voltaria. Então, perde qualidade em tudo (ENTREVISTADO 6).

O último tema referente ao esclarecimento da intencionalidade da morte agrega as falas que apontam para a decisão dos legistas de deixarem o óbito com intencionalidade indeterminada, em casos de dúvida, sem, muitas vezes, verificar a existência de informações que possam auxiliá-lo (primeiro eixo dessa categoria de análise) ou solicitar o exame toxicológico. Essa conduta é ilustrada no conteúdo dos relatos apresentados a seguir:

O que nós fazemos aqui (no IML) é, se tiver dúvida, se não está claro qual é a causa do óbito, a gente vai colocar indeterminada. Não dá para um profissional atestar algo sem subsídios mínimos de certeza e confiabilidade. Nossa responsabilidade é muito grande. A gente responde juridicamente como médico e como polícia. É um duplo compromisso (ENTREVISTADO 4);

[...] na dúvida, a gente coloca como indeterminado. É mais correto e melhor você colocar como indeterminado [...] quando não tem uma definição daquela situação [...] do que você comprovar sem ter certeza (ENTREVISTADO 5);

[...] eu coloco como indeterminado mesmo. Em caso que a gente não tem certeza, não dá para colocar outra coisa. É indeterminado. São os ossos do ofício. Não há muito o que fazer (ENTREVISTADO 7);

Se eu não tiver convicção, certeza mesmo, eu coloco ignorado. Eu acredito que muitas coisas poderiam ser esclarecidas com o diálogo para buscar mais informações, para caracterizar melhor o óbito [...], mas a questão do tempo, da rapidez e da grande demanda imperam. O tempo que eu estou falando com uma família para esclarecer a

circunstância (em que ocorreu a morte) já é o tempo em que a gente estaria fazendo outra necropsia (ENTREVISTADO 9).

A mandala esquematizada adiante apresenta os três eixos temáticos que compõem a percepção dos legistas quanto à tomada de decisão para elucidar os casos em que a intencionalidade do óbito não é clara (Figura 18).

Figura 18 - Recursos utilizados para esclarecer a intencionalidade e classificar o óbito. Legistas atuantes no IML Recife. 2016.

4.2.7 Sétima categoria de análise: sugestões para melhorar a qualidade da informação sobre a intencionalidade do óbito

Nesta última categoria de análise, os entrevistados apresentam possíveis ações que, se implementadas, seriam capazes de ajudar a aprimorar a qualidade das informações e possibilitariam desvendar mais facilmente a intencionalidade dos óbitos. Neste sentido, as ações ocorreriam em três frentes principais. A primeira delas seria a melhoria da comunicação interinstitucional, conforme apresentada nos seguintes excertos:

É importante melhorar a qualidade da comunicação entre o IML e os outros agentes que manipularam a vítima até ela dar entrada e chegar aqui (no IML) (ENTREVISTADO 4);

Acho que o principal é melhorar a comunicação, da gente que tá na ponta da cadeia para atestar o óbito, com todas as instâncias por onde aquele sujeito [...] aquela vítima [...] aquele corpo passou até chegar na gente. Então, vão sendo introduzidas essas informações, às vezes poucas, mas cada um contribuir com uma coisa aí dá para a gente ter uma ideia, um desfecho do que é que realmente aconteceu e a gente visualiza melhor (ENTREVISTADO 5);

Eu tenho certeza de que se melhorasse a comunicação dessa rede aí (os setores da sociedade que produzem informações sobre o óbito, tais como a Segurança e a Saúde), os números de indeterminados não seriam tão grandes (ENTREVISTADO 8);

Muitas coisas poderiam ser esclarecidas com o diálogo no sentido de buscar mais informações para caracterizar melhor o óbito [...]. Tem muita falha de comunicação, e em coisas simples, até o cadáver chegar aqui (ao IML) (ENTREVISTADO 9).

Outra frente de ação seria melhorar a comunicação intrainstitucional, uma vez que os setores que compõem o IML Recife possuem grande e específicas demandas e, por conta disso,

acabam por não encontrar tempo e espaço para estimular o diálogo, favorecendo a troca de informações, segundo apresentado abaixo:

Um recurso que eu acho que seria bom era ter uma melhor comunicação com quem recebe o corpo aqui mesmo no IML. Essas pessoas estão mais perto das histórias das vítimas, sabe? É quem ouve a família ou o policial falar (ENTREVISTADO 2);

A gente mesmo, aqui no IML, não se comunica entre si. Cada um fica no seu setor, tanatoscopia, toxicologia, traumato e assim vai. É preciso ter mais diálogo, estabelecer contato (ENTREVISTADO 4);

Eu acho que, se a gente melhorar a comunicação aqui mesmo, dentro do IML, facilitaria muito a vida da gente também e talvez isso ajudasse a reduzir o número de mortes indeterminadas. Mas, isso (a melhoria da qualidade de comunicação dentro dos setores do IML) é muito difícil, porque cada setor tem a sua demanda específica. Então, por isso que é difícil dialogar e ter essa troca. Teria que ser instantânea, quase que em tempo real (ENTREVISTADO 5).

Por fim, surgem, ainda no conteúdo de algumas poucas falas, sugestões para implementação de ações focadas na melhoria da comunicação com os familiares da vítima, como exemplificado nos seguintes excertos:

Às vezes, a informação que a família dá é muito vaga. Mas acho que era uma coisa que a gente poderia investir mais, em conversar com a família. Mas é porque a demanda é muito grande a gente acaba atropelando esses processos (ENTREVISTADO 1);

Falar com a família, em caso de dúvida, também poderia ajudar a entender e esclarecer a intencionalidade (ENTREVISTADO 6).

5. DISCUSSÃO

O suicídio sempre esteve presente na história da humanidade, a qual, em muitas circunstâncias, preferiu trata-lo como um tema proibido e que, portanto, não deve ser amplamente discutido. Entretanto, seria interessante perceber que, muitas vezes, o suicídio é um índice, um indicador de que possivelmente exista um cenário de vivência de outras violências (*lato sensu*) no entorno do indivíduo que desistiu de viver e tomou a decisão de por fim ao seu sofrimento, ou a uma situação de opressão, acabando com a própria vida. Por conta disso, é necessário compreender o suicídio de forma sistêmica, não isolada e possivelmente associada a outros tipos de violência.

A percepção dos médicos entrevistados nesse estudo expressa uma compreensão de que o suicídio ainda é um tabu social, tendo em vista que este é um tipo de morte trágica capaz de ressoar bastante nas pessoas que conviviam com quem se suicidou, impactando mais do que outros tipos de morte. Além disso, os legistas acreditam que fatores como o grau de saúde mental e questões de ordem mais coletiva e familiar estariam diretamente envolvidas na causalidade do suicídio. Essa percepção se associa a conceitos fundamentados na Psiquiatria e na Psicologia, mas também encontra eco na definição de “laço social” proposta por Durkheim. Dessa forma, fatores como a ausência de diálogo e o consequente isolamento social entre as pessoas, devem ser entendidos como razões que contribuem para a sensação de não pertencimento e de desvinculação com o todo que cerca os indivíduos.

De acordo com os entrevistados, o suicídio de um adolescente, além de trazer uma grande carga de sofrimento emocional aos familiares e amigos da vítima, pode causar uma sensação de culpa e responsabilidade pelo ocorrido, fazendo com que o processo de vivência do luto seja mais difícil e lento. Os legistas também destacam em suas falas a percepção de que a morte de um filho, seja ela por suicídio ou não, contraria a lógica do ciclo da vida, já que os pais não estão preparados para perder seus filhos de forma precoce e trágica.

Não só os suicídios, mas também os diversos tipos de causas externas de morbimortalidade, tornaram-se uma questão prioritária para a agenda da Saúde Pública em todo o mundo ao longo do século XX. Isso ocorreu, principalmente, por conta do elevado potencial gerador de adoecimento e morte, na população, que esses eventos possuem. Nesse sentido, cresceram também as demandas relacionadas ao estudo e elaboração de políticas públicas com ações voltadas à prevenção desses infortúnios. Uma prova da inquietação com esse tema, se reflete no aumento da produção de estudos nessa perspectiva, sobretudo daqueles que

empreendem análises a respeito da mortalidade (JESUS e MOTA, 2010). Isso ocorre, dentre outros fatores, devido à relativa facilidade de obtenção dos dados e à boa cobertura do SIM sobre os óbitos (GAWRYSZEWSKI et al., 2004).

Entretanto, pesquisas realizadas com o objetivo de investigar a confiabilidade das informações que são registradas nas Declarações de Óbito têm reforçado que a má qualidade no preenchimento deste documento é um dos principais fatores que impedem o conhecimento da real magnitude das mortes por causas externas e sua distribuição na coletividade (HARAKI et al., 2005; JESUS e MOTA, 2010) gerando distorções nas estatísticas de mortalidade e consequentes políticas e estratégias de prevenção que podem não ser eficazes pelo fato de partirem de pressupostos estatísticos não precisos.

Essas estatísticas de mortalidade são apresentadas segundo a causa básica de morte, ou seja, segundo o motivo que desencadeou a sequência de eventos que culminou no óbito. No caso das mortes por causas externas, essa causa básica se refere às circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal. Quando, apesar dos indícios, os profissionais do IML não conseguem determinar a intencionalidade do ato que provocou o óbito, este será classificado no grupo onde não há clareza se foi um ato accidental ou intencionalmente infligido (OMS, 1985).

Assim, o expressivo número de mortes de causas externas não definidas pode ser um dos principais indicadores de má qualidade da informação sobre mortalidade, onde quanto maior for o número de óbitos com intencionalidade indeterminada, pior será a qualidade das informações de mortalidade por causas externas. Esse indicador estará refletindo a capacidade de não aferição adequada do motivo que levou ao óbito, por parte do sistema médico legal, bem como as limitações no acesso a serviços de referência para o esclarecimento da morte nos municípios (SOARES FILHO et al., 2016).

Dessa forma, classicamente, são apontados como fatores gerais que explicam o subregistro dos acidentes e violências: o despreparo dos profissionais que lidam com o registro dos óbitos, a desvalorização cultural do registro nas instituições públicas, o envolvimento de agentes policiais em crimes, o grande estigma social criado em torno da população que tradicionalmente é vítima da violência (pobres, negros residentes nas periferias urbanas), entre outros (NJAINÉ, 1998). Além disso, devido à complexidade dos processos que envolvem essas subnotificações, também podem ser apontadas como razões, mais específicas, que justificam o eclipsamento desses tipos de mortes: a classificação inadequada da causa básica de óbito por parte do IML e falhas de fluxo de encaminhamento de corpos para a necropsia (JESUS e MOTA, 2010).

Somado a esses fatores, existem evidências de que o registro das circunstâncias nas quais ocorreu o óbito é menos preciso nos casos em que essa morte é súbita, marcada por algum estigma social ou quando acomete sujeitos pertencentes a minorias de classe social (SIBAI, 2002), características que dialogam completamente com as observadas nos óbitos por suicídio, entendendo este não só como fato e tabu social, mas, singularmente, na condição de objeto de estudo da Epidemiologia. Minayo et al. (2015), em revisão sobre o fenômeno do suicídio, assinala o peso dos fatores socioculturais na subnotificação desses casos, mostrando que, no Brasil, por causa da forte influência da cultura judaico-cristã, frequentemente, familiares da vítima tentam esconder a intencionalidade da morte ou negociar a ocultação desta com quem notifica.

Nesse sentido, além desses fatores, a partir das falas dos profissionais entrevistados neste estudo, é possível incluir outras questões capazes de interferir no aumento do número de mortes violentas com intencionalidade indeterminada, tais como a escassez de informações prévias acerca das circunstâncias nas quais ocorreu o óbito (informações que devem ser produzidas pelos profissionais de unidades hospitalares ao atenderem a vítima e registradas na GRC e por policiais no BO e OPEC ao IML). Somam-se a isso outros fatores também mencionados pelos legistas entrevistados, como a sobrecarga de trabalho dos médicos peritos (causada pela reduzida quantidade de recursos humanos em relação à grande demanda de corpos para a realização da necropsia) e questões gerais relacionadas à infraestrutura dos IMLs em condições precárias e insalubres para adequada atuação dos legistas.

Em consonância com estes achados, pesquisas que também entrevistaram médicos legistas demonstraram que a qualidade do processo de trabalho nos IMLs está intimamente relacionada às condições físicas do local em que são realizadas as atividades (ALDÉ, 2003; BARROS e SILVA, 2004). Nesse sentido, equipamentos de trabalho que estejam inadequados ou que não funcionem, como também o controle sobre o tempo para exercer suas funções (em virtude da pressão de chefes e familiares para uma rápida liberação dos corpos) vem se somar aos fatores adversos e geradores de sobrecarga/desgaste físico e mental, nesse cotidiano do IML, transformando o trabalho em fonte de fadiga e angústia (BARROS e SILVA, 2004). Em geral, as condições precárias de trabalho referidas pelos participantes deste estudo fazem com que rotineiramente os mesmos se deparem com uma realidade insalubre e limitante (muitas vezes, noticiada pela mídia) com potencial para interferir significativamente nas estatísticas de mortalidade.

Tais percepções depreendidas do conteúdo das falas dos profissionais também são respaldadas por estudos que são categóricos ao afirmarem que regiões com piores condições

socioeconômicas e de acesso a serviços (incluindo o IML), como a região Nordeste (NE) do Brasil, podem apresentar maior subnotificação de óbitos por causas externas em razão de dificuldades adicionais relacionadas à precariedade dos equipamentos de saúde e segurança pública, sobretudo, nos municípios de pequeno e médio portes (MENÉNDEZ, 2011).

Como já explicitado, o ponto de partida desta pesquisa foram os 211 óbitos por causas externas, ocorridos na população de adolescentes dos anos 2000 a 2014, que constavam no banco de dados do SIM Recife como mortes classificadas, pelo IML Recife, como sendo de intencionalidade indeterminada. De início, já chama atenção o fato de que 8 desses 211 óbitos, apesar de violentos, não foram, de fato, encaminhados ao IML para a realização do exame tanatoscópico, tendo sido atestados por outros profissionais que não os médicos legistas.

Essa consideração é importante basicamente por dois motivos. Primeiramente, porque o Código de Processo Penal Brasileiro, em seu artigo nº 162, determina, que em todos os casos de morte com natureza violenta ou suspeita, é obrigatório e indispensável o exame cadavérico realizado pelo perito médico legal (MELLO JORGE et al., 2003b). Dessa forma, o não envio dos corpos dessas 8 vítimas ao IML incorre em uma grave infração ao referido Código. O segundo motivo que torna essa consideração importante é o fato de que esse tipo de acontecimento pode impactar significativamente nas estatísticas de mortalidade, levando em conta, inclusive, a possibilidade da existência de mortes que não foram atestadas pelo IML, mas que foram classificadas, sem a realização de necropsias comprovando sua intencionalidade, como sendo acidentes, homicídios ou suicídios e não apenas como sendo de intencionalidade indeterminada que foi o marco zero desse estudo.

Ainda sobre os dados do SIM Recife, faz-se necessário registrar a discrepância entre o número de óbitos de suicídio registrados na plataforma municipal e aquele informado e divulgado para todo o país via DATASUS. Este fato acena a necessidade de questionamento sobre, afinal, qual deve ser a estatística considerada oficial, pois, embora a estatística de foro apenas municipal espelhe melhor a realidade epidemiológica quanto a essa causa de morte, ela fica restrita à gestão em saúde. Qualquer pessoa que se interesse, por exemplo, em fazer um estudo sobre os óbitos por suicídios de adolescentes nas capitais brasileiras, vai ter acesso a um dado via DATASUS que não condiz com o quantitativo registrado pela secretaria municipal de saúde de Recife.

Contudo, a Portaria nº 116 de 11 de fevereiro de 2009, que regulamenta o processo de coleta de dados, fluxo e periodicidade do envio de informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde (BRASIL, 2009), estabelece que as secretarias municipais de saúde devem disponibilizar os arquivos de transferência ao gestor estadual, no

prazo máximo de 30 dias após o encerramento do mês de ocorrência. Esse, por sua vez, deverá garantir a transferência dos dados para o módulo nacional do Sistema, no prazo de até 60 dias após o encerramento do mês de ocorrência do nascimento ou óbito. No entanto, é necessário colocar que, obviamente, esse não é um caso exclusivo de Recife, dado que outras pesquisas sobre mortalidade por suicídio apontam o mesmo problema referente à discrepância entre os dados informados no DATASUS e o constante no registro municipal interno, evidenciando lacunas e falhas na alimentação do SIM (SOUZA et al., 2011; RIOS et al., 2013).

Diferentes pesquisas, utilizando diversas metodologias, têm alcançado percentuais variados de reclassificação dos óbitos por causas externas que antes constavam em registro com intencionalidade indeterminada. Através da aplicação do método que estruturou esta pesquisa, foi possível reclassificar 21,1% (n=43) dos óbitos registrados com intencionalidade indeterminada. Desses, 9% (n=19) foram reclassificados como suicídios, 7% (n=14) como acidente e 5% (n=10) como homicídios. Esses achados são similares aos encontrados por um estudo realizado por pesquisadores do Rio de Janeiro, com base no cruzamento das informações contidas no SIM e no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), onde conseguiram reclassificar 20% dos óbitos com causa mal definida (TEIXEIRA et al., 2006).

Utilizando uma metodologia bastante semelhante à adotada na presente pesquisa (através da consulta a documentos encontrados no IML, como BOs, GRCs e laudos de necropsia), um estudo realizado na cidade São Paulo refere que 66,4% das mortes permaneceram com intencionalidade indeterminada ao término da pesquisa (MELLO JORGE et al., 2002). Esse mesmo estudo apontou que os profissionais do IML não utilizam todas as informações disponíveis, em outros documentos, no momento do preenchimento da declaração de óbito. Situação também corroborada em outro estudo abrangendo capitais do Sudeste do Brasil e municípios de São Paulo, Mato Grosso e Sergipe (VILELA et al., 2012). Apesar da maioria dos profissionais entrevistados afirmar que tenta buscar informações em documentos que ajudam a elucidar a intencionalidade das mortes, os achados quantitativos dessa pesquisa apontam que, pelo menos, 20% das mortes com intencionalidade indeterminada poderiam ter sido classificadas de outra forma caso eles, de fato, tivessem incorporado em sua rotina de trabalho a consulta a esses documentos.

Em mais um estudo realizado em São Paulo, além dos laudos do IML e dos BOs, o domicílio foi incluído como fonte adicional de pesquisa, o qual mostrou ser o método mais eficiente para qualificar as causas externas com má classificação, esclarecendo 79% destas, elevando o percentual de suicídio em 23,5% e detectando uma subnotificação de 19% para este

tipo de óbito (MELLO JORGE et al., 2003a). Os resultados do presente estudo estão, portanto, em consonância com o que foi encontrado pelo referido estudo de São Paulo, uma vez que o percentual de subnotificação dos suicídios da população adolescente, em Recife, foi de 23,7%.

Já em estudo empreendido na cidade de Belo horizonte (MATOS et al., 2007), também buscando informações em documentos do IML (laudo de perícia médica, solicitação de perícia médico-legal, relatórios médicos de encaminhamento do corpo e resultados de exames toxicológicos), 70% dos óbitos foram reclassificados, tendo o suicídio aumentado em 13% e os homicídios em 5,7%. Esses resultados encontrados no estudo mineiro também se assemelham ao que foi encontrado nesta pesquisa no que se refere a um maior percentual de acréscimo de suicídios do que de homicídios.

Utilizando uma modelagem matemática (modelo econométrico) das características associadas a cada incidente violento (homicídio, acidentes e suicídio), Daniel Cerqueira, importante estudioso do IPEA, conseguiu definir a predição probabilística quanto à intenção do evento entre as causas de intenção indeterminada no Rio de Janeiro. Tal pesquisa apontou que os óbitos por suicídio esperados seriam de 44% a 115,6% maior do que os registrados, entre 2000 e 2009, mesmo com a subestimação do modelo para essa causa (CERQUEIRA, 2012).

Esses diferentes resultados encontrados, nos estudos aqui apresentados e comparados, compreendem uma faixa de variação de subnotificação referida por outras pesquisas nacionais e internacionais que estimam um percentual de subnotificação de casos de suicídio variando entre 20% e 100% podendo oscilar no tempo e no espaço^{49,50,51,52}. (MACENTE e ZANDONADE, 2010; STUDDERT e CORDNER, 2010; GOTSSENS et al., 2011; RIOS et al., 2013). Esse comportamento errático e pouco padronizado de percentuais de subnotificação possivelmente de deva ao fato de que o suicídio, apesar de seu impacto social, é considerado um evento epidemiologicamente mais raro que as demais causas externas de morte.

Em relação aos óbitos que permaneceram indeterminados, destaca-se o fato de que 40,6% tem a asfixia por afogamento como sendo a causa da morte (Tabela 2 do apêndice 4 – página 120). Nesses casos, não se sabe a intencionalidade, mas sabe-se que um episódio de afogamento concorreu para que acontecesse o óbito. Em 2001, essa mesma questão (referente ao elevado percentual de mortes por afogamento de intencionalidade indeterminada) também chamou a atenção de pesquisadores que procuravam validar a causa básica da morte nas declarações de óbito por causas externas de menores de 20 anos residentes em Recife (BARROS et al., 2001). A esse respeito, eles sugeriram que seria importante o aprofundamento desse ponto junto ao IML, discutindo as dificuldades para definição do tipo de violência nessa categoria de causa de morte em particular e alternativas para contorná-las. Mais de 15 anos após

a realização do referido estudo, ao que parece, a conduta institucional permanece a mesma quanto a não caracterização adequada desse tipo de morte.

Semelhante a essa situação, é possível rememorar também um caso encontrado nesta presente pesquisa em que alguns dos documentos do IML (GRC e OPEC) caracterizavam bem a situação como sendo um acidente causado pelo ataque de um animal marinho de grande porte. Por sua vez, o laudo tanatoscópico afirmava que as lesões tinham sido causadas por um tubarão (sugerem até a espécie a que pertence o animal), mas indetermina a intencionalidade do óbito. Ou seja, mesmo numa situação em que haviam informações claras sobre a natureza do evento, os legistas mantiveram a indeterminação do óbito.

Tradicionalmente, as estatísticas oficiais referentes às mortes por suicídio causam desconfiança por conta de sua possível e provável subestimação causada por uma série de fatores já discutidos. Além disso, em se tratando de crianças e adolescentes, essas barreiras na notificação tendem a ser mais acentuadas, na medida em que os atos autodestrutivos podem ser negados ou até escondidos pela família, devido a sentimentos de culpa e/ou vergonha (BERTOLOTE, 2012a). Considerando que muitos indivíduos em risco de suicídio não são identificados ou, muitas vezes, a identificação ocorre tardiamente, esforços têm sido feitos com o intuito de identificar e manejar fatores de risco a esse comportamento (BORGES e WERLANG, 2006; BRAGA e DELL'AGLIO, 2013). Dessa forma, para fins de planejamento e elaboração de políticas públicas de prevenção ao suicídio é importante conhecer quais são os perfis de pessoas mais vulneráveis.

Neste estudo, o perfil predominante entre as vítimas, em qualquer uma das duas bases consideradas (antes ou após a reclassificação dos óbitos), foi composto por indivíduos do sexo masculino, com idades de 15 a 19 anos e de raça/cor parda. Esses resultados estão em conformidade com estudos brasileiros e internacionais onde ficou evidenciada uma sobremortalidade masculina, na faixa etária que vai dos 15 a 19 anos, por suicídio (BARROS et al., 2001; BASILE, 2005; MELLO-SANTOS et al., 2005; SCHMITT et al., 2008; BERTOLOTE, 2012a). Mesmo tendo sido possível resgatar a raça/cor daqueles óbitos com intencionalidade indeterminada que não tinham essa variável informada, a partir dos documentos pesquisados no IML, destaca-se o fato de não existirem, nessas estatísticas, adolescentes suicidas de raça/cor preta.

Duas possíveis correntes podem explicar esta questão. Primeiramente, é necessário considerar que quando se observa, a partir dos dados do DATADUS, o total de óbitos por todas as causas (no mesmo período e local estudado), as pessoas de raça/cor preta representam apenas 5% do total. Quando se analisa apenas a faixa etária de 10 a 19, esse percentual cai para 2%.

No mesmo sentido, quando se observa o total de óbitos por causas externas (no mesmo período e local estudado), as pessoas de raça/cor preta representam apenas 1,3% do total. Quando se analisa apenas a faixa etária de 10 a 19, esse percentual cai para 0,9%. Ou seja, essa queda progressiva dos percentuais de óbitos de pessoas pretas, provavelmente, espelha a composição da população de Recife segundo a raça/cor. Talvez, por esse motivo não exista o registro de suicidas adolescentes pretos.

Por outro lado, uma segunda explicação pode estar relacionada ao preconceito institucionalmente estabelecido e praticado por parte de quem atesta os óbitos, uma vez que nessa situação não existe autodeclaração de raça/cor por parte da vítima associada a uma tradicional cultura de embranquecimento no Brasil. Nesse sentido, um estudo realizado na Bahia aponta que o preenchimento do campo raça/cor na DO não tem sido realizado pelo médico legista, mas por pessoas que trabalham no IML sem ter recebido qualquer tipo de capacitação para a definição da raça/cor da pele dos indivíduos necropsiados (SANTOS et al., 2011). Para os autores, esta evidência demonstra, uma nítida separação entre o que é considerado “trabalho do médico” e “trabalho burocrático”, resultando na falta de fidedignidade da informação sobre raça/cor. Tal prática possibilita que a subjetividade da identificação da raça/cor da pele sirva de pretexto para a sonegação da informação em seu sentido mais pleno, que informa a óbvia situação de desigualdade racial expressa na mortalidade violenta. Esse contexto faz emergir uma reflexão sobre quantos dos adolescentes classificados como pardos nas DOs poderiam ser reclassificados como pretos.

Em relação aos meios empregados pelos adolescentes para efetuar o suicídio, quando se faz uma análise geral, encontra-se que os principais foram o envenenamento causado pela ingestão de pesticidas, fármacos ou outros produtos químicos (41%) e o enforcamento (21%). Embora estudos de diferentes países indiquem que as motivações para o suicídio tendem a ser constantes em adolescentes de diferentes culturas (GAWRYSZEWSKI et al., 2004; MELLO-SANTOS et al., 2005; BASILE, 2005; OMS, 2014; BOTEGA, 2014), com relação aos meios utilizados para viabilizar o suicídio, é possível verificar diferenças entre países ou mesmo em diferentes regiões de um mesmo país. Em consonância com os achados desta pesquisa, estudos nacionais têm indicado que o envenenamento causado pela ingestão de pesticidas, fármacos ou outros produtos químicos é a principal forma utilizada pelos adolescentes para tentar o suicídio (DAMAS et al., 2009; BERTOLETE, 2012a; BRAGA e DELL’AGLIO, 2013).

Assim, internacionalmente, estima-se que de 250 a 370 mil suicídios ocorram por ano devido à ingestão de agentes tóxicos. Considera-se que a autoquímia é, muitas vezes, um ato de impulsividade, no qual a facilidade na obtenção de pesticidas e medicamentos, em torno do

ambiente doméstico, pode favorecer a um meio preferencial para tentar suicídio (MOHAMED, et al., 2009). Em estudo realizado no Recife com 110 pacientes, no ano 2014, procurou-se identificar os principais agentes tóxicos declarados na tentativa de suicídio. Assim, os medicamentos (50,9%) e os praguicidas (45,5%), notadamente o “chumbinho”, foram os agentes mais utilizados e 42,7% dos entrevistados afirmaram ter utilizado mais de um agente (PIRES, 2014).

Outra pesquisa também realizada em Recife, no mesmo ano e por outros estudiosos, objetivou descrever as características epidemiológicas e a distribuição espacial dos casos de intoxicações agudas por agrotóxicos anticolinesterásicos, na mesma cidade, ocorridos no período de 2007 a 2010, a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram identificados 549 casos de intoxicações agudas por agrotóxicos anticolinesterásicos, sendo as maiores frequências observadas no sexo feminino (60,3%), na faixa etária de 15 a 29 anos (42,3%) e naqueles de cor ou raça parda (95,3%). O “chumbinho” representou o principal agente tóxico envolvido (92,2%), sendo a tentativa de suicídio o principal motivo das intoxicações (79,4%) – MEDEIROS et al., 2014.

É importante mencionar também que esse estudo refere 18 casos de intoxicações intencionais por “chumbinho” em pessoas com até 14 anos (23,4% do total de casos). Embora o referido estudo não tenha focado especificamente na questão dos adolescentes, ele dialoga com os resultados encontrados na presente pesquisa, dado que o perfil de intoxicação do referido estudo se assemelha ao perfil predominante de óbitos aqui encontrados. Pois, apesar do maior quantitativo de suicídios ser de adolescentes do sexo masculino, ao realizar a análise tomando por base os meios empregados, foi encontrado aqui um percentual de 61% de adolescentes do sexo feminino que utilizaram substâncias tóxicas, em comparação com os 25% dos adolescentes do sexo masculino que optaram por esse meio.

O “chumbinho” é um pesticida muito utilizado como raticida e costuma ser vendido clandestinamente, já que sua comercialização está terminantemente proibida, desde 2012, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo considerada uma atividade ilícita e criminosa. Dessa forma, reitera-se a necessidade de uma maior fiscalização sobre a venda e apreensão do produto, associada à ampla divulgação de informações sobre o seu potencial letal, o que poderia reduzir não só a frequência, mas a gravidade desses eventos, dado que a OMS aponta que a restrição de acesso aos meios para praticar o suicídio é uma importante estratégia de prevenção (OMS, 2014). O fato desse ser o método mais utilizado, inclusive, pelos adolescentes mais jovens de Recife (com idades de 10 a 14 anos), representando 66,6% dos óbitos, evidencia o quão fácil é o acesso a esse meio, comumente encontrado em domicílios do

Brasil. Por isso, esta é uma das questões mais urgentes dentre as estratégias de prevenção do autoextermínio.

Com relação ao segundo método mais utilizado pelos adolescentes, o enforcamento (21,3%), é importante colocar que, quando a análise é feita considerando a especificidade do sexo, este torna-se o primeiro meio de eleição entre os indivíduos do sexo masculino (31,8%). Este achado dialoga com o demonstrado por outros estudos e pela própria OMS (AVANCI et al., 2005; ABASSE, 2009; OMS, 2014). Uma vasta literatura sobre mortalidade por suicídios, focalizados ou não na população adolescente, tem demonstrado que o número de tentativas de suicídio tende a ser maior entre as mulheres, contudo, os meios escolhidos pelos homens tendem a ser mais letais (AVANCI et al., 2005; DAMAS et al., 2009; BERTOLETE, 2012a; SOLOMON, 2014). Por conta disso, é necessário que essa análise sobre os meios adotados, segundo o sexo da vítima seja sempre realizada, como também é esperado que haja maior ou menor predominância de determinado meio a diferir do padrão de análise que inclui todos os casos, independente do sexo das vítimas.

A maior parte dos estudos norte-americanos aponta a presença de arma de fogo no ambiente domiciliar como um dos principais fatores de risco para o suicídio de adolescentes com ideação suicida, sendo que a maior parte dos jovens que se suicidam, nos Estados Unidos, o faz por meio desse instrumento (SCHWARTZ et al., 2010). De acordo com os resultados do presente estudo, esse não é o meio mais utilizado pelos adolescentes analisados em Recife, aparecendo apenas em quarto lugar, na análise geral, e também em quarto especificamente para o sexo masculino e apenas em sexto para o sexo feminino. Entretanto, não se pode entender essa como sendo uma questão menor, dado que, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a região NE concentra a maior parte das cidades detentoras da grande quantidade de armas de fogo no Brasil (BRASIL, 2013).

Em 2010, dos vinte municípios com mais armas de fogo, treze estavam no NE, sendo o Recife um desses (BRASIL, 2013). Tal dado, somado à pouca adesão da sociedade ao Estatuto do Desarmamento (BRASIL, 2003b) – plenamente ilustrada na decisão pelo não desarmamento no referendo sobre a proibição da comercialização de armas de fogo e munições ocorrido no ano de 2005 –, pode ser apontado como um possível fator que facilita o acesso dos adolescentes, sobretudo os do sexo masculino, às armas de fogo como meio para efetuar o suicídio no Recife.

Embora já tenha sido apresentado o considerável percentual geral de subnotificação dos óbitos por suicídio, é importante reforçar que esse percentual não se distribui de maneira homogênea no grupo estudado. Dessa forma, ser do sexo feminino, ter idade de 10 a 14 e ser de raça/cor parda aumenta a possibilidade de ter sua morte por suicídio invisibilizada. Pode-se

dizer então que o perfil das vítimas que tiveram a morte por suicídio mais subnotificada é o oposto do perfil daqueles em que foi caracterizado o suicídio, quando se comparam as variáveis sexo e faixa de idade.

As estatísticas dos números de suicídios, nas duas séries estudadas (a partir dos dados do SIM Recife e após a reclassificação dos óbitos), reforçam os percentuais de subnotificação encontrados e se expressam sobremaneira nas taxas de suicídio, que foram maiores do que a taxa calculada a partir dos dados das estatísticas oficiais em todos os triênios. Assim, embora tenha havido triênios em que a taxa de suicídio corrigida tenha aumentado em mais de 140% (mais que dobrou), quando comparada com as taxas das estatísticas oficiais, esse indicador ainda é considerado baixo para mortes por suicídio.

Nesse sentido, para avaliar as taxas de suicídios, a OMS utiliza a clássica norma de Diekstra e Gulbinat (1993), segundo a qual essas taxas podem ser classificadas em quatro níveis distintos, conforme o coeficiente apresentado: baixo (menor que 5 óbitos/100.000), médio (entre 5 e 15/100.000), alto (entre 15 e 30/100.000) e muito alto (acima de 30/100.000). Considerando tal classificação e o número médio de suicídio para essa faixa etária no Brasil (4/100.000)³⁹, os resultados encontrados nesse estudo podem ser considerados baixos, uma vez que, em nenhum triênio da série, o coeficiente de mortalidade ultrapassou 2,6 óbitos por 100.000 adolescentes. Entretanto, é de suma importância considerar que qualquer taxa de suicídio entre adolescentes, por menor que seja, não deve ser negligenciada, pois essa população é composta por jovens com intenso sofrimento psíquico-emocional que, ao se depararem com os primeiros conflitos apresentados pela vida, já estariam desistindo desta (BARROS et al., 2001; AVANCI, 2005).

Por fim, ao fazer uma distribuição percentual dos suicídios no território da cidade de Recife, é possível notar um comportamento difuso de dispersão relativamente homogênea na cidade. Nesse sentido, um estudo ecológico realizado em Recife, no ano de 2009, com o objetivo de analisar os diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes, segundo estrato de condição de vida e raça/cor, no período de 1998 a 2004, constatou que os valores das taxas de mortalidade (por 100 mil adolescentes) por homicídio guardaram uma relação inversa com os estratos de condição de vida, onde quanto pior a condição de vida, maior o risco de morte. O mesmo não foi observado para os suicídios, onde o gradiente da mortalidade apresentou-se em sentido inverso ao observado para os homicídios e as taxas de mortalidade diminuíram com a piora das condições de vida (COSTA et al., 2009).

Cresce o número de estudos que apontam para o fato de que é preciso ter cautela em relação à máxima de que os óbitos por causas externas são melhores captados pelo SIM do que

os óbitos de causas naturais (LAURENTI et al., 2008; LIMA e QUEIROZ, 2011; MARTINS JÚNIOR et al., 2011; SOARES FILHO et al., 2016). Nesse sentido, enquanto persistirem deficiências e lacunas no SIM, é imprescindível fortalecer as práticas de buscas de informações adicionais nos IML de forma contínua e frequente. Estudos sugerem também que o SIH, o SINAN, as delegacias e os cemitérios também sejam compreendidos e utilizados como possíveis fontes de informações complementares ao SIM (FAÇANHA et al., 2003; TEIXEIRA et al., 2006; VILELA et al., 2012; SOARES FILHO et al., 2016). Além disso, também é necessário mencionar a autópsia verbal como sendo uma das principais estratégias voltadas à melhoria da qualidade da informação sobre os óbitos (MELLO JORGE et al., 2003a). No caso específico do suicídio, os Centros de Controle de Intoxicação são fontes especializadas de melhoria dos registros desse evento no SIM (SANTOS et al., 2014; SOARES FILHO et al., 2016).

Além desses mecanismos, os profissionais entrevistados nesta pesquisa apontam que a melhoria da comunicação entre os diversos setores pelo qual a vítima passa até chegar ao IML facilitaria o processo de trabalho dos legistas e contribuiria para a diminuição do percentual de óbitos com intencionalidade indeterminada. A operacionalização dessa melhoria se daria através, por exemplo, de ações que capacitassem os profissionais de Saúde (no caso do preenchimento da GRC) e da Segurança (na elaboração do BO e do OPEC ao IML) para entenderem a importância do preenchimento desses documentos e as repercussões de um não preenchimento desleixado e inadequado.

A gestão em saúde deve priorizar ações que objetivem a recuperação e o aprimoramento das informações sobre os óbitos por causas externas, estando aí inclusos os suicídios. Tais iniciativas, como as apresentadas nos parágrafos anteriores, se fundamentam em metodologias exequíveis e que estão plenamente ao alcance dos profissionais sanitários da vigilância em saúde na maioria dos municípios brasileiros. A implementação de estratégias dessa natureza torna possível identificar os entraves relacionados aos fluxos de informações e lacunas na operacionalização do SIM, ajudando a tirar da invisibilidade muitos casos de suicídio que tenham sido classificados como sendo de intencionalidade indeterminada ou, até mesmo, casos de suicídio que estejam escondidos dentre as causas naturais de morte e não nas causas externas.

Portanto, para além dos fins epidemiológicos, não se pode permitir que as histórias e motivações das pessoas não constem nas estatísticas oficiais do SIM. Pois, quando alguém se suicida, o faz acreditando que a sua vida não importa mais para a sociedade. E, no momento em que o Estado (via profissionais que lidam com os óbitos por causas externas), apaga essa

história, por meio de seus mecanismos legais, invisibilizando a intencionalidade do óbito, é como se, de fato, confirmasse que aquela vida era insignificante para o coletivo.

Entre as limitações desse estudo está o fato de que, embora tenha sido encontrado um considerável percentual de subnotificação de suicídios de adolescentes (23,7%), é possível que o mesmo ainda esteja subestimado. Pois, houve cinco ocasiões em que a morte estava classificada como sendo de intencionalidade indeterminada, mas um dos sete documentos investigados (BO, GRC, OPEC, Livro de Registro de Entrada de Corpos no IML, Laudo Tanatoscópico, Laudo Toxicológico e a guia rosa da Declaração de Óbito) mencionava que se tratava de um suicídio. Entretanto, conforme estabelecido na metodologia do estudo, não bastava, por exemplo, a menção/registro de suicídio em apenas um dos documentos para reclassificar o caso. Assim, para ser reclassificado como suicídio, o caso tinha que apresentar um IC, entre os documentos consultados, de ao menos 51%. Por este motivo, esses 5 casos, que seriam possíveis suicídios, não atingiram o IC estabelecido e permaneceram classificados como óbitos de intencionalidade indeterminada.

Soma-se a isso o fato de que 8 dos 211 casos que constam no SIM Recife como óbitos de intencionalidade indeterminada não tinham nenhum registro de entrada no IML pelo fato deste não ter sido a unidade atestante do óbito. Por conta disso, é necessário levar em consideração que algum desses oito casos com intencionalidade indeterminada, mas sem registro no IML, seja na verdade um óbito por suicídio. Ademais, é possível que outros casos de suicídio estejam ocultados entre os óbitos por causas naturais e não entre os óbitos por causas externas, devido a possíveis erros na classificação das circunstâncias em que ocorreu a morte.

6. CONCLUSÕES

Em síntese, a aplicação da metodologia utilizada neste estudo constatou que informações mais fidedignas sobre a mortalidade por causas externas podem ser produzidas, a partir da recuperação de dados contidos em documentos existentes no IML, permitindo a reclassificação da intencionalidade dos óbitos e, conseqüentemente, um melhor delineamento do panorama epidemiológico acerca da magnitude dos suicídios. Além disso foi possível:

- Determinar o percentual de subnotificação dos suicídios, segundo as características sociodemográficas das vítimas. Nesse sentido, foi encontrado um percentual geral de subnotificação de suicídios de 23,7%. Sendo ainda mais elevado para as adolescentes (27,8%), para aqueles que estão vivenciando a adolescência precoce (41,6%) e para os adolescentes de raça/cor parda (25,4%);
- Caracterizar o perfil dos adolescentes que se suicidaram nos anos de 2000 a 2014, na cidade de Recife, antes e depois da reclassificação dos óbitos. Constatando que, independente da base de dados utilizada, o perfil predominante foi de adolescentes do sexo masculino, com idades entre 15 e 19 anos, de cor parda e fazendo uso de substâncias que provocam o envenenamento como meio mais frequente para consumir o suicídio;
- Comparar as taxas de mortalidade por suicídio entre adolescentes, nos anos de 2000 a 2014, antes e depois da reclassificação dos óbitos, comprovando que a subnotificação dos óbitos por suicídio de adolescentes em Recife impactou bastante o comportamento das taxas, havendo aumento destas em todo o período, com destaque para o terceiro triênio estudado, onde se verificou um aumento de mais de uma vez e meia em relação às estatísticas oficiais;
- Compreender a percepção geral que os médicos legistas do IML Recife têm a respeito do suicídio, os quais concebem este fenômeno como sendo um tabu, dado o caráter trágico desse tipo de morte e seu elevado potencial de ressonância social, rompendo a lógica da vida (no caso do suicídio de um adolescente);
- Identificar os possíveis fatores que influenciam a classificação da intencionalidade do óbito como sendo indeterminada, a partir da percepção dos médicos legistas atuantes no

IML Recife, tendo sido apontadas principalmente questões relacionadas ao processo e condições de trabalho dos legistas, tais como: a sobrecarga de trabalho, causada pela reduzida quantidade de recursos humanos em relação à grande demanda de corpos para a realização da necropsia, e as condições precárias e insalubres para adequada atuação dos legistas. Esses mesmos profissionais apontam que a melhoria da comunicação tanto intra quanto interinstitucional poderia ajudar a qualificar as informações sobre os óbitos e reduzir o número de óbitos indeterminados.

Ao traçarmos o perfil das vítimas mais acometidas pelo evento suicídio, é possível direcionar ações de prevenção mais eficazes. Por este motivo, é necessário sensibilizar os profissionais encarregados de notificar os óbitos, para que estes não negligenciem ou subestimem a necessidade de registrar variáveis capazes de fornecer um diagnóstico mais preciso acerca do perfil desses jovens através de uma melhor qualidade da informação.

Dessa forma, também é importante dar destaque ao fato de que não basta apenas trabalhar na recuperação de dados e geração de novas informações. É necessário difundir esse conteúdo entre os profissionais da Saúde e da Segurança (até para que eles se entendam como coautores e participantes dessa cadeia de produção de informações epidemiológicas) e entre a sociedade (para que a esta tenha conhecimento do padrão de adoecimento e morte que se estrutura a partir de sua organização social e da forma como ela enxerga o processo saúde-doença-saúde coletivamente).

Embora os números de suicídios encontrados possam ser considerados relativamente baixos, quando comparados à mortalidade por outros agravos/doenças, por se tratarem de indivíduos que ainda estão em transição biopsíquica para a fase adulta, o menor índice apresentado já é preocupante. Por conta disso, o suicídio na adolescência deve ser enfrentado, evitando-se que mais jovens recorram à morte voluntária como forma de lidar com as dificuldades encontradas ao longo de seu desenvolvimento. Esse enfrentamento só será efetivo através da elaboração de ações desenvolvidas sob uma lógica de rede capaz de integrar todos os setores sociais que lidam diretamente com esses jovens numa perspectiva multiprofissional.

7. RECOMENDAÇÕES

É possível que ainda existam profissionais que trabalham com o registro do óbito – tanto na área da Saúde quanto na Segurança Pública – que entendam que o preenchimento de documentos como o BO, a GRC e a DO, por exemplo, é apenas um procedimento técnico e burocrático de pouca importância, necessário exclusivamente ao sepultamento das vítimas de mortes violentas. Esse entendimento pode contribuir bastante para o aumento dos percentuais de óbitos com intencionalidade indeterminada. Contudo, o caráter epidemiológico do registro adequado dessas fichas deveria ser compreendido como sendo de suma importância para a formulação de políticas públicas e ações voltadas à prevenção de mortes dessa natureza, além de ser uma valiosa fonte de dados para a pesquisas.

A partir da vivência como pesquisador, durante o período de coleta de dados nos documentos encontrados no arquivo do IML, e com base nas sugestões que os próprios médicos legistas entrevistados apontaram, nas últimas considerações deste estudo, propõem-se as seguintes recomendações com vistas à melhoria da qualidade da informação dos óbitos por causas externas na cidade de Recife:

- É necessário estabelecer fluxos rígidos de encaminhamento de todos os óbitos por causas externas para o IML – mesmo havendo leis e portarias que regulamentam a obrigatoriedade de encaminhamento do corpo ao IML, em casos de mortes por causas externas, foram encontradas situações em que houve uma morte violenta, o cadáver não chegou ao IML e, portanto, não foi submetido ao exame tanatoscópico. Situações dessa natureza são capazes de comprometer as estatísticas de mortalidade. Isso se dá pelo fato de que os profissionais que não atuam no IML não estão legalmente aptos para exercer essa atividade, além de não disporem dos recursos necessários para a realização das necropsias. Ademais, é provável que esses médicos não conheçam a fundo as particularidades que envolvem o trabalho dos legistas nos casos de mortes por causas externas (como, por exemplo, a necessidade de determinação da intencionalidade do óbito), justamente porque essa atividade não faz parte de sua rotina profissional com frequência;
- É importante que se estabeleça um fluxo baseado em diretrizes capazes de orientar como o profissional legista deve proceder nos casos em que não há subsídios suficientes para determinar a intencionalidade do óbito – isso garantirá o seguimento de uma conduta padrão entre os profissionais responsáveis por registrar e atestar o óbito;

- De forma conjunta, o IML e a SMS podem promover encontros periódicos com todos os agentes responsáveis pelo registro do óbito nas áreas da Segurança Pública e da Saúde – essa estratégia pode ajudar a melhorar a comunicação entre esses setores, além de difundir a ideia de que o registro do óbito acontece dentro de uma rede que deve ser autocolaborativa. Nesse sentido, todos os profissionais envolvidos nessa cadeia de produção de dados precisam ser sensibilizados a perceber que têm a mesma importância, bem como responsabilidades específicas dentro de seu elo de atuação;
- Tanto a SMS quanto o IML devem oferecer treinamentos e capacitações para os profissionais aprenderem como deve ser o preenchimento adequado da DO e dos demais documentos que registram o óbito – o preenchimento incorreto ou incompleto desses documentos ocorre não só pela insuficiência de treinamento específico, como também pelo desconhecimento da importância epidemiológica de tais informações por parte das fontes geradoras. Essa estratégia também é capaz de sensibilizar os profissionais que trabalham com o registro do óbito para os possíveis prejuízos advindos da construção de um perfil epidemiológico a partir de dados que não correspondem ao que ocorre na realidade. Isso pode fazer com que os profissionais também se sintam responsáveis pela formulação de políticas públicas e ações de prevenção mais eficazes;
- Como os resultados dos exames toxicológicos demoram muito tempo para sair, o IML pode implementar a prática de enviar uma retificação à SMS, para fins epidemiológicos, informando o laudo final do referido exame;
- Cabe à SMS realizar uma crítica apurada sobre o preenchimento da DO na ocasião de seu recebimento – dessa forma, serão identificados os equívocos e lacunas no registro do óbito, bem como as variáveis que têm seu registro mais negligenciado, além de apontar quais são os profissionais que mais precisam de um reforço na capacitação/treinamento para um adequado e completo preenchimento da DO;
- A SMS pode estabelecer uma rotina de resgate das informações dos óbitos com intencionalidade desconhecida junto aos dados disponíveis no IML – essa parceria é fundamental para a melhoria da qualidade das estatísticas de mortalidade por causas externas. É importante que esse resgate ocorra em tempo oportuno o suficiente para que as informações sejam inseridas no SIM e constem também no DATASUS, evitando

discrepâncias entre os números locais e os números apresentados na plataforma de acesso público nacional;

- No mesmo sentido, a SMS também poderia resgatar os dados que possam auxiliar a caracterizar melhor os óbitos com intencionalidade indeterminada a partir do SIH e do SINAN – esses sistemas precisam ser mais utilizados como possíveis fontes de informações complementares ao SIM;
- Faz-se necessário estimular a realização da autópsia verbal – tanto o IML quanto a SMS podem empreender práticas que busquem aprimorar o diálogo com a família da vítima no intuito de dirimir possíveis dúvidas e circunstâncias associadas à causalidade do óbito;
- É importante firmar parcerias entre a SMS e os cursos médicos das universidades de Pernambuco, com o objetivo de propiciar discussões e vivências sobre o preenchimento da DO – assim os médicos em formação já atuarão mais sensibilizados a essa causa, compreendendo não só a importância legal como a importância epidemiológica do SIM;
- A gestão do IML precisa ouvir de forma propositiva as demandas relacionadas à infraestrutura apresentada pelos médicos legistas e estabelecer canais mais eficazes de comunicação institucional – foram muitos os relatos de que a sobrecarga e as condições de trabalho são possíveis fatores que podem estar interferindo no aumento do contingente de óbitos registrados com intencionalidade indeterminada. Além disso, é necessário promover uma melhoria da comunicação entre os profissionais dentro da própria instituição, pois isso pode favorecer o fluxo de produção de informações a respeito dos óbitos;
- É importante que a SMS forneça um feedback periódico no sentido de que os profissionais reconheçam a importância dos dados que eles produzem – dessa maneira ficará mais clara, para os médicos legistas, a importância do correto preenchimento da DO.

Essas e outras ações possuem grande potencial, se implementadas, de promover uma melhora na qualidade das informações que estruturarão as estatísticas de mortalidade. Para isso, é fundamental pensar numa perspectiva intersetorial, em que cada ente reconheça sua importância e atribuições específicas.

8. REFERÊNCIAS

- ABASSE, M.; OLIVEIRA, R.; SILVA, T.; SOUZA, E. R. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, apr. 2009.
- ALDÉ, L. **Ossos do ofício**: processo de trabalho e saúde sob a ótica dos funcionários do Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional De Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
- ARAUJO, L.; VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico-USF** (Impr.), Itatiba, v. 15, n. 1, p. 47-57, jan/abr. 2010.
- AVANCI, R. C.; PEDRÃO, L. J.; COSTA JÚNIOR, M. L. Perfil do adolescente que tenta suicídio admitido em uma unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 5, p. 535-539. 2005.
- BARATA, R. C. B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 531-537. 1997.
- BARDIN. L. **Análise de Conteúdo**. Coimbra: Edições 70, 2009.
- BARROS, M. D. A.; XIMENES, R.; LIMA, M. L. C. de. Causa básica da morte por causas externas: validação dos dados oficiais em Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 9, n. 2, p. 84-93, feb. 2001.
- BARROS, V. A.; SILVA, L. R. Trabalho e cotidiano no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 16, p. 318-333, dez. 2004.
- BASILE, H. S. El suicidio de los adolescentes en Argentina. Alcmeon **Rev Arg Clín Neuropsiquiatr**, 2005; v. 12, n. 3, p. 211-231. 2005.
- BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. Ed. UNESP: São Paulo, 2012a.
- BERTOLETE, J. M. Why is Brazil losing the race against youth suicide? **Rev. Bras. Psiquiatr**. São Paulo, v. 34, n. 3, p. 245-246, Oct. 2012b.
- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In: WERLANG, B. G.; BOTEAGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed; 2004, p. 35-44.
- BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G.; COPATTI, M. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v. 11, n. 1, p. 109-123. 2008.
- BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 3, p. 345-351. 2006.
- BOTEAGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. 2014.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N. J.; MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BARROS, M. B.; SILVA, V. F.; DALGALARRONDO. Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio: um inquérito populacional em Campinas - SP. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-2638. 2009.

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, vol. 6, n. 1, jan-jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 20, de 3 de outubro de 2003**. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio de informações sobre óbitos e nascidos vivos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Brasília: MS; 2003a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.826 de 22 de dezembro de 2003**. Estatuto do Desarmamento. Brasília. 2003 b.

BRASIL. Portaria n.1.876 de 14 de agosto de 2006. Define diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio. **Diário Oficial da União**, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União**. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM)**. Disponível em < <http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/>>. Acesso em 28 de fevereiro de 2014. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **Óbitos por Causas Externas – Recife**. Tabulação própria do pesquisador. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10pe.def>>. Acesso em 27 de fevereiro de 2014. 2014b.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Mapa das armas de fogo nas microrregiões brasileiras**. 2013. Disponível no endereço eletrônico<<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/mapaarmas.pdf>>. Acesso em 01 de março de 2014. 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. **Suicide Prevention**. Youth Suicide. Disponível em <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pub/youth_suicide.html>. Acesso em 21 de fevereiro de 2014.

CERQUEIRA, D. Mortes violentas não esclarecidas e impunidade no Rio de Janeiro. **Economia Aplicada**, v. 16, n. 2, p.201-235. 2012.

COSTA, I. E. R; LUDERMIR, A. B.; SILVA, I. A. Diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes segundo estrato de condição de vida e raça/cor na cidade do Recife. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1781-1788, Dec. 2009.

COSTA, J. S. D.; VICTORA, C. G. O que é "um problema de saúde pública"? **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 144-146, mar. 2006.

DAMAS, F. B.; ZANNIN, M.; SERRANO, A. I. Tentativas de suicídio com agentes tóxicos: análise estatística dos dados do CIT/SC (1994 a 2006), **Revista Brasileira de Toxicologia**, n. 1-2, v. 22, p. 21-26. 2009.

DIEKSTRA, R. F.; GULBINAT, W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. **World Health Stat Ann.** v. 46, n. 1, p. 52-68. 1993.

DRUMOND JR, M.; LIRA, M. M. T. A.; FREITAS, M.; NITRINI, T. M. V.; SHIBAO, K. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 273-80. 1999.

DURKHEIM, E. **As Regras do Método Sociológico**. Tradução: Walter Solon. São Paulo: Edipro, 2012 [1895].

DURKHEIM, E. **Da Divisão do Trabalho Social**. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010 [1893].

DURKHEIM, E. **O Suicídio** – estudo de sociologia. Tradução: Andréa Stahel M. da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2011 [1897].

FAÇANHA, M. C.; PINHEIRO, A. C.; FAUTH, S.; LIMA, A.W.D.B.C, SILVA, V. L. P.; JUSTINO, M. W. S.; COSTA, E. M. Busca ativa de óbitos em cemitérios da Região Metropolitana de Fortaleza, 1999 a 2000. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 3, p. 131-136. 2003.

FREUD, S. **Totem e Tabu**. Tradução: Paulo César de Souza. Coleção: Grande Ideias. São Paulo: Penguin Companhia, 1 ed. 2013 [1913].

GAWRYSZEWSKI, V.P.; KOIZUMI, M.S.; MELLO-JORGE, M.H.P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando mortalidade e morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003, jul-ago. 2004.

GONCALVES, A. Problema de Saúde Pública: caracterizando e avaliando aplicações. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 253-255, jun, 2006.

GOTSSENS, M.; MARÍ-DELL'OLMO, M.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; MARTOS, D.; ESPELT, A.; PÉREZ, G.; BORRELL, C. Validation of the underlying cause of death in medicolegal deaths. **Revista Espanhola de Salud Publica**, v. 85, n. 2, p. 163-74. 2011.

HARAKI, C. A.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. Confiabilidade do sistema de informações sobre mortalidade em município do Sul do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 19-24, 2005.

HAWTON, K.; SAUNDERS, K. E.; O'CONNOR, R. C. Self-harm and suicide in adolescents. **Lancet**, v. 23, n. 379, p. 2373-82, jun. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Tábuas completas de mortalidade**. 2013. Acessado em 1 de março de 2016.

IVERSSON, L. B. Significado do estudo de caso em epidemiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 16-21, mar. 1987.

JESUS, T.; MOTA, E. Fatores associados à subnotificação de causas violentas de óbito. **Cad. Saúde. Colet**. Rio de Janeiro, v. 18, p. 361-70. 2010.

KELLE, U. Sociological Explanations between Micro and Macro and the Integration of Qualitative and Quantitative Methods. **Forum: qualitative social research, Bonn**, v. 2, n. 1, art. 5. 2001.

KUCZYNSKI, E. Suicídio na infância e adolescência. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 246-252, dec. 2014.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Mortalidade segundos causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 23, n. 5, p. 349-356. 2008.

LEPRE R. M; MARTINS, R. A. Adolescente e a construção da identidade. **Paidéia**, Ribeirão Preto. v. 19, 2008.

LIMA, E. E. C.; QUEIROZ, B. L. A evolução do sub-registro de mortes e causas de óbitos mal definidas em Minas Gerais: diferenciais regionais. **R Bras Est Pop**, v. 28, n. 2, p. 303-320. 2011.

MACENTE, L. B.; 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.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, 2010.

MARTINS JÚNIOR, D. F.; COSTA, T. M. LORDELO, M. S.; FELZEMBURG, R.D.M. Tendência dos óbitos por causas mal definidas na região Nordeste do Brasil, 1979-2009. **Rev Assoc Med Bras**, v. 57, n. 3, p. 338-346. 2011.

MATOS, S. G.; PROIETTI, F. A.; BARATA, R. C. B. Confiabilidade da informação sobre mortalidade por violência em Belo Horizonte, MG. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 76-84. 2007.

MEDEIROS, M. N. C.; MEDEIROS, M. C.; SILVA, M. B. A. Intoxicação aguda por agrotóxicos anticolinesterásicos na cidade do Recife, Pernambuco, 2007-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 509-518, Set. 2014.

MEDRONHO, R. A. Estudos ecológicos. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 265-274.

MELEIRO, A. M. A. S. Considerações sobre fatores neurobiológicos do comportamento suicida em pacientes com transtorno afetivo bipolar. **RBM**, v.71 (Especial Neuropsiquiatria), jan. 2014.

MELEIRO, A. M. A. S.; MELLO-SANTOS, C.; WANG, Y. P. Suicídio e tentativa de suicídio. In: LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, E. **Psiquiatria Básica**. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2007. p. 475-496.

MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. O Sistema de Informação sobre Mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento II – Mortes por causas externas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. n. 2, p. 212-223. 2002.

MELLO JORGE, M. H. P.; CASCÃO, A. M.; SILVA, R. C. **Acidentes e violências**: um guia para o aprimoramento da qualidade de sua informação. São Paulo: Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português. (Série Divulgação, nº 10); p. 31-51. 2003a.

MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. O suicídio na mulher adulta: um novo desafio. **VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO)**, Brasília, 2003b.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLETE, J. M.; WANG, Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, n. 2, p. 131-4. 2005.

MENEGHEL, S. N.; VICTORA, C. G.; FARIA, N. M. X.; CARVALHO, L. A.; FALK, J. W. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 804-810, dez. 2004.

MENÉNDEZ, A. F. S. **Condiciones sociales en torno al suicidio en la región occidental de El Salvador**. 2011. Dissertação (Maestría en Métodos y Técnicas de Investigación Social) - Facultad Multidisciplinaria de Occidente, Universidad de El Salvador, Santa Ana, El Salvador, 2011.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Orgs.). **Impactos da violência na saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 21-42.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; BAHIA, C. A.; AVANCI, J. Q. Suicídios consumados e tentativas notificadas no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil 2014** – uma

análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, p. 329-42, 2015.

MOHAMED, F.; MANUWEERA, G.; GUNNELL, D.; AZHER, S.; EDDLESTON, M.; DAWSON, A, et al. Pattern of pesticide storage before pesticide self-poisoning in rural Sri Lanka. **BMC public health**. v. 9, n. 1. 2009.

NJAINE, K. et al. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 405-414, jul./set. 1997.

OLIVEIRA, M. L. C.; SOUZA, L. A. C. Causas externas: investigação sobre a causa básica de óbito no Distrito Federal, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 245-250, out-dez. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito** — 9ª revisão. São Paulo: Centro da OMS para Classificação das Doenças em Português; 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Young People's Health** – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** – CID-10. Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Classificação de Doenças em Português. 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/OPAS, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Participant manual** – IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV. Geneva. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Public health action for the prevention of suicide: a framework**. Geneva: OMS; 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: OMS; 2014.

PEREIRA, S. M. Qualidade da informação e avaliação de indicadores: contribuição às ações de vigilância. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 185-186, set. 2010.

PIRES, M. C. C. **Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo de caso-controle**. 2014. Tese (Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

PNUD, IPEA, FJP. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília, 2013.

PRITCHARD, C.; HANSEN, L. Child, adolescent and youth suicide and undetermined deaths in England and Wales compared with Australia, Canada, France, Germany, Italy, Japan and the USA for the 1974-1999 period. **Int J Adolesc Med Health**, v. 17, n. 3, p. 239-53, jul-sep. 2005.

PRITCHARD, C.; HEAN, S. Suicide and undetermined deaths among youths and young adults in Latin America. Comparison with the 10 major developed countries – A source of hidden suicides? **Crisis**, v. 29, n. 3, p. 145-53. 2008.

QUIN, L. D. **A Guide to Organophosphorus Chemistry**. E.U.A: John Wiley Professio, 2000.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. **Plano Municipal de Saúde, 2011-2017**. Recife, 2014.

REDANIEL, M. T.; LEBANAN-DALIDA, M. A.; GUNNELL, D. Suicide in the Philippines: time trend analysis (1974-2005) and literature review. **BMC Public Health**, v. 11, n. 536, 2011.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIOS, M. A.; ANJOS, K. F.; MEIRA, S. S.; NERY, A. A.; CASOTTI, C. A. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia. **J. bras. pituitary.**, Rio de Janeiro; v. 62, n.2. p. 131-138. 2013.

SANTOS, A. B. S.; COELHO, T. C. B.; ARAÚDO, E. M. A. Racismo institucional e informação em saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 35, supl.1, p.231-242 jan-jun. 2011.

SANTOS, S.A.; LEGAY, L. F.; AGUIAR, F. P.; LOVISI, G. M.; ABELHA, L.; OLIVEIRA, S. P. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. **Cad Saude Publica**, v. 30, n. 5, p.1057-1066. 2014

SCHMITT, R.; LANG, M. G.; QUEVEDO, J.; COLOMBO, T. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul., v. 30, n. 2, p. 115-123. 2008.

SCHWARTZ, K. A.; PYLE, S. A.; DOWD, D.; SHEEHAN, K. Attitudes and beliefs of adolescents and parents regarding adolescent suicide. **Pediatrics**, v. 125, p. 221-227. 2010.

SIBAI, A.M. et al. Inadequacies of death certification in Beirut: who is responsible? **Bulletin of the World Health Organization**, p. 555-561, 2002.

SOARES FILHO, A. M.; CORTEZ-ESCALANTE, J. J.; FRANCA, E. Revisão dos métodos de correção de óbitos e dimensões de qualidade da causa básica por acidentes e violências no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3803-3818, dez. 2016.

SOLOMON, A. **O Demônio do meio-Dia**. Uma anatomia da depressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

SOUZA, V. S.; ALVES, M. S.; SILVA, L. A.; LINO, D. C. S. F.; NERY, A.; CASOTT, C. A. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011.

STRECK, D. R.; VIOLA, S. E. A. A criança no Brasil: avanços e desafios na década de cultura de paz e não violência. In: PELIZZOLI, M. (Org). **Cultura de paz: restauração e direitos**. Recife: EDUFPE, 2010, p. 127-146.

STUDDERT, D.M.; CORDNER, S. M. Impact of coronial investigations on manner and cause of death determinations in Australia, 2000-2007. **Med J Aust**; v. 192, n. 8, p. 444-7, apr 2010.

TEIXEIRA, C. L. S.; KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V.; COELI, C. M. Reclassificação dos grupos de causas prováveis dos óbitos de causa mal definida, com base nas autorizações de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde, estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 6, p. 1315-1324. 2006.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Adolescência: uma fase de oportunidades**. New York, USA. 2011.

VANNOY, S. D.; DUBERSTEIN, P.; CUKROWICZ, K.; LIN, E.; FAN, M. Y.; UNÜTZER, J. The relationship between suicide ideation and late-life depression. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 15, n. 12, p. 1024-33. 2007.

VIEIRA, K. F. L. **Depressão e suicídio: uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

VILLELA, L. C. M.; RESENDE, E. M.; DRUMOND, E. F.; ISHITANI, L. H.; CARVALHO, G. M. L. Utilização da imprensa escrita na qualificação das causas externas de morte. **Rev Saude Publica**, São Paulo, n. 46, v. 4, p. 730-736. 2012.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2011.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **R. Interam. Psicol.**, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 259-266, 2005.

WERNECK, G. Epidemiologia Descritiva: qualidade das informações e pesquisa nos serviços de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 205-207, set. 2009.

WINDFUHR, K.; WHILE, D.; HUNT, I. M.; SHAW, J.; APPLEBY, L.; KAPUR, N.
Suicide and accidental deaths in children and adolescents in England and Wales, 2001-2010.
Arch Dis Child; v. 98, n. 12, p. 945-50, dec. 2013.

APÊNDICE 1 – Percentual de adolescentes na população de Recife e razão de sexos

Tabela 1 do apêndice 1 - Percentual de adolescentes que compõem a população do Recife e Razão de Sexos, segundo os quatro últimos censos populacionais (1980, 1991, 2000 e 2010)

ANO	% de adolescentes em Recife	Razão de Sexos entre adolescentes
1980	23,5	92,6
1991	21,4	95,3
2000	19,5	98,9
2010	15,9	101,0

A razão de sexos expressa o número de homens para cada grupo de 100 mulheres, em determinado espaço geográfico e ano considerado. Em outras palavras, ela expressa a relação quantitativa entre os sexos, relação essa que é significativamente influenciada por taxas de migração e de mortalidade diferenciadas. É calculada dividindo-se o total de indivíduos do sexo masculino residentes em determinados ano e localidade, pelo número total de mulheres correspondentes em ano e localidade, sendo o resultado multiplicado por 100. Assim, uma razão de 100 indica igual número de homens e mulheres. Acima de 100, predominância de homens, e abaixo, predominância de mulheres.

APÊNDICE 2 - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, da pesquisa intitulada SUICÍDIOS INVISIBILIZADOS: INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS DE ADOLESCENTES COM INTENCIONALIDADE INDETERMINADA, sob responsabilidade do pesquisador JOÃO LUÍS DA SILVA.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, em duas vias, uma das quais ficará com o Sr.(^a) e a outra, com o pesquisador responsável. Desde já, **ficam garantidos o sigilo das informações fornecidas** e a não penalização em caso de recusa de participação.

Após ler o presente termo, receber explicações sobre a pesquisa e ter assegurados meus direitos de:

1. obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado (anonimato) e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. procurar esclarecimentos com o pesquisador responsável por este estudo, através dos contatos fornecidos, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

Recife, _____ de _____ 2016.

(Assinatura do participante entrevistado)

(Assinatura do pesquisador)

Contato com o pesquisador responsável:

- João Luís da Silva
Rua Almirante Cochrane, 208 - Santo Amaro - Recife-PE – Brasil – CEP: 50100-390.
Telefone: (81) 8805-8663.
E-mail: joaoluissilva@usp.br

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

- Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo (CEP – USP)
Av. Dr. Arnaldo, 715 - São Paulo-SP - Brasil - CEP - 01246-904.
Telefone: (11) 3061-7779
E-mail: coep@fsp.usp.br

* Elaborado com base na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União em 12 de dezembro de 2012.

APÊNDICE 3 – Roteiro utilizado na entrevista com os legistas

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Público-alvo: Médicos Legistas do Instituto de Medicina Legal de Recife

PESQUISA: SUICÍDIOS INVISIBILIZADOS - Investigação dos Óbitos de Adolescentes com Intencionalidade Indeterminada

Nome do profissional:

Idade:

Tempo de atuação no IML Recife:

1. Qual a sua visão a respeito do impacto do suicídio no âmbito familiar?
2. Como você acha que o suicídio de um adolescente repercute na família? A repercussão é diferente do suicídio de adultos?
3. Há mudanças da rotina ou de procedimentos ao se atestar um óbito por suicídio?
4. Quais as principais dificuldades enfrentadas para atestar um óbito por suicídio?
5. Já foi interpelado para caracterizar algum óbito como sendo um acidente e não um suicídio?
6. Se SIM, por qual instância (familiar, religiosa...) e quais os argumentos utilizados?
7. Recife tem um crescente número de mortes de adolescente por causas externas com intencionalidade indeterminada. Em sua opinião, o que explicaria esse comportamento ascendente de indeterminação?
8. Você acredita que alguns desses óbitos com intencionalidade indeterminada podem ter sido em decorrência de lesões autoprovocadas?
9. Se SIM, que estimativa percentual?
10. Quando há dúvidas quanto a intencionalidade do ato, quais os recursos que você busca para esclarecer essa intencionalidade e classificar o óbito?

APÊNDICE 4 - Características dos óbitos reclassificados

Quando se consideram apenas os 43 óbitos recuperados e reclassificados, temos a seguinte distribuição percentual quanto à intencionalidade: 44% são suicídios (n=19), 33% são acidentes (n=14) e 23% são homicídios (n=10).

Na Tabela 1 do APÊNDICE 4, é possível observar que os casos de suicídio apresentaram o maior percentual de subnotificação (23,7%), quando comparado com os dados da estatística oficial. Em seguida, vieram os acidentes (4,7%) e os homicídios (0,4%). O termo estatística oficial aqui adotado leva em consideração o total de óbitos por suicídio, acidentes e homicídios constantes no banco de dados da SMS de Recife.

Nesse sentido, é importante colocar que, em relação aos suicídios, é possível encontrar uma diferença entre o total de óbitos declarados pela SMS de Recife (61 suicídios de adolescentes no período estudado) e o total de óbitos pela mesma informados ao MS via DATASUS¹¹ (54 suicídios na mesma população e período). Por se tratar de números em pequena quantidade, essa diferença de 7 óbitos iria alterar o percentual de subnotificação. Assim, se esses 7 casos (referentes à diferença entre os números da SMS e do MS) fossem somados aos 19 novos suicídios reclassificados, haveria um total de 26 suicídios invisibilizados e o percentual de subnotificação cresceria para 32,5%.

Tabela 1 do apêndice 4 - Reclassificação dos óbitos indeterminados, quanto à intencionalidade, a partir de dados do IML Recife e percentual de subnotificação. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.

Intencionalidade	Estatística oficial*	Novos casos**	Total de casos***	% de subnotificação
Suicídios	61	19	80	23,7
Acidentes	281	14	295	4,7
Homicídios	2.795	10	2.805	0,4
Total	3.137	43	3.180	1,3

*Nesta tabela, foi considerado como estatística oficial apenas o total de óbitos (por suicídio, acidente e homicídio) constante no banco de dados da SMS de Recife.

**Casos que constavam na estatística oficial como sendo de intencionalidade indeterminada e que foram reclassificados como suicídios, acidentes ou homicídios.

***Somatório do quantitativo da estatística oficial com os novos casos.

¹¹ DATASUS é o nome do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. Este é o órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde que tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde para todo o país.

Antes de adentrar nas análises específicas acerca dos óbitos por suicídio, cabe apresentar um breve perfil sobre os óbitos que foram reclassificados como acidentes e homicídios, assim como caracterizar aqueles que continuaram classificados com intencionalidade indeterminada. Nesse sentido, na Tabela 2 do apêndice 4, pode-se observar que há um predomínio de adolescentes do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 19 anos (adolescência tardia) nas três categorias, com as vítimas de homicídio apresentando uma média de idade um pouco maior. Da mesma forma, a raça/cor parda é predominante em todos os casos.

No tocante aos meios envolvidos na ocasião da morte, é interessante observar que os maiores percentuais, em relação aos acidentes, estão relacionados a afogamentos e à eletroplessão (choque causado por descarga de eletricidade) com os mesmos percentuais. Em seguida, ainda para os acidentes, vem os traumatismos (de diversas ordens, sendo crânio encefálico ou não) com 21,4%. Por fim, aparecem mortes relacionadas à fumaça, fogo e chamas (causados por queimaduras, inalação de fumaça tóxica e carbonização) e ainda há um caso de ataque de animal marinho de grande porte. Os documentos analisados afirmam que o referido animal marinho poderia ser o tubarão-tigre (*Galeocerdo cuvier*) ou o tubarão cabeça-chata (*Carcharhinus leucas*) espécies tipicamente encontradas na costa recifense. O que chama atenção, nesse caso, é o fato de que uma morte dessa natureza não tinha como ser classificada de outra forma que não fosse acidente, mas, mesmo assim, sua intencionalidade constava como indeterminada.

Tabela 2 do apêndice 4 - Caracterização dos óbitos que foram reclassificados como acidentes e homicídios, bem como das mortes que permaneceram com sua intencionalidade indeterminada. Adolescentes. Recife. 2000 – 2014.

Características	<u>Acidentes</u>		<u>Homicídios</u>		<u>Indeterminados</u>	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	12	85,7	6	60,0	134	83,8
Feminino	2	14,3	4	40,0	26	16,3
Total	14	100,0	10	100,0	160	100,0
Idade						
De 10 a 14	2	14,3	1	10,0	38	23,8
De 15 a 19	12	85,7	9	90,0	122	76,3
Total	14	100,0	10	100,0	160	100,0
Média de idade	16 anos		17 anos		16 anos	
Raça/Cor						
Parda	13	92,9	9	90,0	150	93,8
Branca	1	7,1	1	10,0	9	5,6
Preta	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Total	14	100,0	10	100,0	160	100,0
Meio envolvido						
Afogamento	4	28,6	0	0,0	65	40,6
Relato de uso de entorpecentes	0	0,0	0	0,0	28	17,5
Traumatismos	3	21,4	2	20,0	12	7,5
Projétil de arma de fogo	0	0,0	7	70,0	4	2,5
Fumaça, fogo e chamas	2	14,3	0	0,0	2	1,3
Eletroplessão	4	28,6	0	0,0	0	0,0
Ataque de animal marinho	1	7,1	0	0,0	0	0,0
Asfixia	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Sem informação	0	0,0	0	0,0	49	30,6
Total	14	100,0	10	100,0	160	100,0

Com relação aos homicídios, a arma de fogo foi o meio mais empregado para executar o crime (70%). E, quando se analisam os óbitos que não puderam ter sua intencionalidade reclassificada, chama atenção o quantitativo de casos em que houve afogamento da vítima (40,6%). Em diálogo com esse dado, mais adiante, será apresentada a análise qualitativa, com alguns excertos de falas de profissionais que mencionam exatamente a dificuldade que os legistas têm para definir a intencionalidade de um óbito nessas circunstâncias. Continuando com a análise dos meios presentes nesse grupo de óbitos, aparece um grande contingente de casos (30,6%) no qual não havia nenhuma informação que pudesse, ao menos, sinalizar possíveis instrumentos que estiveram envolvidos na causalidade dessas mortes. Nesses casos,

não apenas os laudos tanatoscópicos e toxicológicos foram inconclusivos, mas também não havia menção alguma nos demais documentos que sugerissem um meio associado à natureza do óbito.

Considerando ainda esse mesmo grupo, aparecem, com frequência de 17,5%, óbitos em que as vítimas tiveram contato prévio com entorpecentes, notadamente drogas psicoativas como a cola de sapateiro e o loló¹². Por se tratarem de substâncias voláteis, os exames toxicológicos não conseguem detectar e confirmar sua presença, ficando o registro apenas através do relato de familiares e/ou acompanhantes do corpo da vítima.

¹² A cola de sapateiro é composta por uma mistura de solventes orgânicos (com presença do Tolueno ou do Xileno). Já a loló, tem o Éter e o Clorofórmio em sua composição. Ambas são indevidamente utilizadas como droga psicoativa, principalmente pelas camadas menos abastadas da população.

ANEXO 1 – Carta de Anuência da SMS de Recife

PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **João Luis da Silva**, pesquisador do curso de doutorado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo, a desenvolver pesquisa no Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**Suicídio entre adolescentes em Recife**", sendo orientado por Zilda Pereira da Silva.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 25 de abril de 2016.

Atenciosamente,

Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGDES/SESAU/PCR
Matrícula nº 99.985-8

ANEXO 2 – Carta de anuência do IML Recife

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PERSIVO CUNHA

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo o Dr. João Luís da Silva, acadêmico/pesquisador matriculado no curso de Doutorado em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), a desenvolver sua pesquisa intitulada “Suicídio entre adolescentes em Recife”, nas dependências do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha (IMLAPC).

O Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha (GGPOC/SDS/GOV/PE) esclarece ao Dr. João Luís da Silva, que a validade desta Carta de Anuência está condicionada à estrita observação dos requisitos abaixo:

- Atendimento às determinações estabelecidas pela Portaria GAB/SDS/GOV/PE n° 213, de 05/02/2010.
- O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) e dos demais preceitos legais vigentes em nosso ordenamento jurídico;
- Submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética competente (Plataforma Brasil), trazendo ao IMLAPC, para ser anexada, a autorização correspondente.
- A garantia do IMLAPC de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- O fornecimento ao IMLAPC do resultado final da pesquisa, tanto no formato impresso como digital.
- A determinação de que não haverá nenhuma despesa para esta Instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- A ciência de que no caso do não cumprimento dos itens acima citados, o IMLAPC dará procedimento à comunicação da retirada da anuência a qualquer momento da pesquisa;

Recife, 09 de maio de 2015.

Dra. Sara Behar Tórres Kobayashi.
Gerente do IMLAPC.

MFPLL

ANEXO 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES EM RECIFE

Pesquisador: João Luís da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54454216.6.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP.

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.619.263

Apresentação do Projeto:

O presente relato trata do atendimento de pendências apontadas anteriormente.

Breve descrição do projeto: projeto de pesquisa apresentado trata do suicídio entre adolescentes em Recife e toma como base as seguintes premissas:

- i) Existe um elevado grau de óbitos de adolescentes classificados como sendo de “intencionalidade indeterminada” que podem ser suicídios em Recife;
- ii) Existe um elevado grau de não completude das variáveis sociodemográficas dos casos de suicídio ocorridos entre adolescentes no estado de Recife.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: risco mínimo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: o pesquisador atendeu as pendências apontadas apresentando anuência tanto do Instituto de Medicina Legal Antonio Persivo Cunha e da Secretaria de Saúde do Município do Recife.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: pendência atendida.

Recomendações: não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_D O_P ROJETO_523786.pdf	20/05/2016 08:53:10		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_IML.pdf	20/05/2016 08:52:11	João Luís da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_SMS.pdf	20/05/2016 08:51:53	João Luís da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_Plataforma.pdf	22/03/2016 01:42:35	João Luís da Silva	Aceito
Folha de Rosto	CEP_folharostoJoao.pdf	09/03/2016 00:55:51	João Luís da Silva	Aceito

Situação do Parecer: aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP: não.

SAO PAULO, 04 de Julho de 2016

Assinado por:
Maria Regina Alves Cardoso
(Coordenador)

[Dados gerais](#) [Formação](#) [Atuação](#) [Projetos](#) [Produções](#) [Eventos](#) [Orientações](#) [Bancas](#) +

João Luís da Silva

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5404106477538842>

Última atualização do currículo em 07/04/2017

Graduado em Odontologia pela Universidade de Pernambuco (UPE), fez Residência em Saúde da Família no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), é especialista em Saúde Pública e Gestão de Sistemas pela UPE e possui aperfeiçoamento em Impactos da Violência na Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e, atualmente, doutorando em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Direciona suas atividades acadêmicas principalmente ao estudo e docência da Saúde Coletiva/Epidemiologia com foco na relação Saúde - Ciclos da Vida - Sociedade Contemporânea, a partir de reflexões sobre o impacto das causas externas de morbimortalidade nas populações, estando aí incluso os suicídios e outras violências. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

João Luís da Silva

Nome em citações bibliográficas

SILVA, J. L.

Endereço

Endereço Profissional

Universidade Federal de Pernambuco, Campus do Agreste da UFPE, Núcleo de Ciências da Vida.
Campus Agreste - Centro Acadêmico do Agreste (UFPE)
Nova Caruaru
55014900 - Caruaru, PE - Brasil
Telefone: (81) 21039156
URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/titulação

2013 - 2017

Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Suicídios invisibilizados: investigação dos óbitos de adolescentes com intencionalidade indeterminada, Ano de obtenção: 2017.
Orientador: Zilda Pereira da Silva.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.

2010 - 2012

Mestrado em Saúde Coletiva (Conceito CAPES 3).
Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil.
Título: Entre as amarras do medo e o dever sociossanitário: notificação da violência contra crianças e adolescentes na atenção primária, Ano de Obtenção: 2012.
Orientador: Maria Luiza Carvalho de Lima.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
Setores de atividade: Saúde humana e serviços sociais.

2009 - 2010

Especialização em Saúde Pública-Gestão de Sistemas e Ações de Saúde. (Carga Horária: 630h).
Universidade de Pernambuco, UPE, Brasil.
Título: Comparação entre os indicadores de violência de Recife, Olinda e Jaboatão: análise situacional dos dados do VIVA 2009.
Orientador: Izabel C. de Avelar Silva e Rosário Antunes F. Lima.

2008 - 2010

Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família. (Carga Horária: 5520h).
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP, Brasil.
Título: Acolher: Uma Proposta de Implantação do Acolhimento no PSF de Santa Terezinha.
Orientador: Leonildina Falcão

[Dados gerais](#) [Formação](#) [Atuação](#) [Projetos](#) [Produções](#) [Educação e Popularização de C & T](#) [Eventos](#) [Orientações](#) [Bancas](#) +

Zilda Pereira da Silva

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4481599643491362>

Última atualização do currículo em 21/04/2017

Possui mestrado (2001) e doutorado (2008) em Saúde Pública, pela Universidade de São Paulo. Atualmente, é professora doutora no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. É orientadora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e no Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Atuou como analista de projetos, assessora técnica e gerente na Fundação Seade. Tem experiência na área de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: estatísticas e sistemas de informação em saúde, mortalidade infantil e acesso a serviços de saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Zilda Pereira da Silva

Nome em citações bibliográficas

SILVA, Z. P.;Silva, Zilda Pereira da;da Silva, Z. P.;DA SILVA, ZILDA PEREIRA

Endereço

Endereço Profissional

Faculdade de Saúde Pública da USP.
Av. Dr. Arnaldo, 715
Cerqueira Cesar
01246904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617930
Fax: (11) 30617926
URL da Homepage: <http://www.fsp.usp.br>

Formação acadêmica/titulação

2005 - 2008

Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Perfil dos nascimentos e da mortalidade neonatal precoce, segundo local de parto, complexidade hospitalar e rede SUS e não-SUS, região metropolitana de São Paulo, 2006,
Ano de obtenção: 2008.
Orientador: Marcia Furquim de Almeida.
Palavras-chave: saúde pública; mortalidade neonatal precoce; complexidade hospitalar; local de parto; Sistema Único de Saúde.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
Setores de atividade: Saúde e Serviços Sociais.

1998 - 2001

Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Transformações na Administração Municipal de Saúde no Estado de São Paulo: aspectos de recursos humanos e financeiros, Ano de Obtenção: 2001.
Orientador: Evelin Naked de Castro Sá.
Palavras-chave: saúde pública; informação em saúde; políticas públicas.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências Humanas / Área: Sociologia / Subárea: Sociologia da Saúde.
Setores de atividade: Saúde Humana.

1995 - 1995

Especialização em em Saúde Pública. (Carga Horária: 800h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1980 - 1986

Graduação em Ciências Sociais.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.