



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ANA PAULA CRIVELARO FERREIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MORTES E TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM
MULHERES EM IDADE FÉRTIL EM CAMPINAS-SP, 2014 A 2023.**

CAMPINAS

2025

ANA PAULA CRIVELARO FERREIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MORTES E TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM
MULHERES EM IDADE FÉRTIL EM CAMPINAS-SP, 2014 A 2023.**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde na área de Epidemiologia.

ORIENTADOR: PROF^a. DR^a. ANDREA PAULA BRUNO VON ZUBEN

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA ANA PAULA CRIVELARO FERREIRA, E ORIENTADA PELA
PROF^a. DR^a. ANDREA PAULA BRUNO VON ZUBEN

CAMPINAS

2025

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8402

F413p Ferreira, Ana Paula Crivelaro, 1985-
Perfil epidemiológico das mortes e tentativas de suicídio em mulheres em idade fértil em Campinas-SP, 2014 a 2023 / Ana Paula Crivelaro Ferreira. – Campinas, SP : [s.n.], 2025.

Orientador: Andrea Paula Bruno Von Zuben.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde pública. 2. Suicídio. 3. Violência. 4. Mortalidade. 5. Saúde da mulher. I. Von Zuben, Andrea Paula Bruno. II. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações complementares

Título em outro idioma: Epidemiological profile of deaths and suicide attempts among women of reproductive age in Campinas-SP, 2014 to 2023

Palavras-chave em inglês:

Public health

Suicide

Violence

Mortality

Women's health

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Andrea Paula Bruno Von Zuben [Orientador]

Aldiane Gomes de Macedo Bacurau

Lais Moraes Paiz

Data de defesa: 14-02-2025

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

ODS: 3. Saúde e bem-estar

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0009-0006-0537-5487>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/2173825498083385>

1. PROF^a. DR^a. ANDREA PAULA BRUNO VON ZUBEN

2. PROF^a. DR^a. ALDIANE GOMES DE MACEDO BACURAU

3. PROF^a. DR^a. LAÍS MORAES PAIZ

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, não tinha a intenção de fazer um agradecimento, mas, ao chegar à reta final, prestes a entregar o trabalho, senti a necessidade de expressar em palavras o que foi esse percurso e quem esteve ao meu lado para que eu pudesse concluir o mestrado.

Não foi nada fácil. O início, de certa forma, é mais leve e não conseguimos perceber que o segundo ano se aproxima, com ele os prazos. E esses prazos chegaram, a ponto de eu estar finalizando minha tese com a data da defesa já agendada.

Por isso, gostaria de agradecer. Pode até parecer um clichê, mas é um sentimento genuíno. Quero agradecer aos professores que participaram da construção do conhecimento ao longo desses dois anos, nas aulas e nas trocas.

Gostaria de agradecer também às professoras que aceitaram fazer parte da banca de avaliação na qualificação e agora na defesa. É com imenso carinho que agradeço o tempo dedicado à análise deste trabalho e pelas valiosas contribuições que resultaram na versão final.

Não poderia deixar de agradecer às minhas duas amigas e colegas de mestrado, Carol e Rafa. Juntas, conseguimos nos apoiar, dar forças ou simplesmente compartilhar uma palavra de encorajamento para que continuássemos sem desistir. Queridas, se hoje estou na reta final, vocês fizeram parte fundamental disso. Muito obrigada!

E, além do mestrado, na minha vida pessoal e profissional, quero expressar minha imensa gratidão à minha amiga Ju Nativo. Obrigada por me ouvir nas lamentações diárias, por estar comigo nas alegrias e nas tristezas. Como já disse antes, Deus uniu nossos caminhos e nossas famílias. Sou muito grata, minha amiga, por estar sempre ao meu lado. Obrigada, "parça".

Tenho um agradecimento especial e único à minha eterna chefe, a pessoa que foi responsável por eu ter ingressado neste mestrado, mas, antes disso, foi quem deu novos rumos e cores à minha vida profissional. Foi lutando por mim e me abrindo as portas do DEVISA que encontrei uma nova forma de fazer saúde em Campinas. Ela, que além de ser minha orientadora, me serviu como exemplo inúmeras vezes, tanto pela postura profissional quanto pela força como mulher. Sempre esteve ao meu lado

nas batalhas contra os acidentes e a violência, sem jamais questionar. Ela lutou minha luta, e isso sempre me deu mais forças para buscar algo melhor. E sigo assim, buscando uma Campinas com menos sofrimento e mais possibilidades de promover saúde.

Gostaria, então, de agradecer ao meu parceiro de vida, Be, que esteve ao meu lado em todas as escolhas que fiz. Em cada momento de dúvida ou de cansaço, ele esteve ali, me dando o suporte e as forças necessárias para seguir em frente. Obrigada! Você sempre esteve ao meu lado, me apoiando com dedicação e amor, e isso fez toda a diferença.

Por fim, quero agradecer aos meus filhos, que, mesmo sem entender completamente o que estava acontecendo com a mãe, me deram forças de uma maneira que só eles sabem fazer. Eles estavam sempre por perto, me acompanhando no dia a dia, enquanto eu passava horas no computador entre um afazer e outro, trabalhando e preparando a tese. Só o fato de estarem ali, me proporcionando companhia e amor, me dava o foco que eu precisava. Amo vocês para além da vida.

RESUMO

Este estudo analisou o perfil epidemiológico de óbitos e tentativas de suicídio em mulheres de 10 a 49 anos residentes em Campinas, de 2014 a 2023, com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Notificação de Violência (SISNOV/Sinan). Os resultados revelaram um aumento nos coeficientes de mortalidade por suicídio e nas notificações de tentativas de suicídio ao longo do período, com picos notáveis em 2021, coincidindo com a pandemia de COVID-19. As causas externas foram a terceira causa de óbito, com um aumento significativo nas lesões autoprovocadas. Houve variações importantes nas taxas de suicídio por faixa etária e distrito, com destaque para os meses de outubro e dezembro. Os métodos mais comuns de suicídio foram o enforcamento (óbitos) e a autointoxicação (tentativas). Os achados reforçam a necessidade de estratégias de prevenção e intervenção adaptadas às especificidades locais e de gênero, considerando fatores socioeconômicos e de saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Pública; Suicídio; Violência; Mortalidade; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This study analyzed the epidemiological profile of deaths and suicide attempts in women aged 10 to 49 residing in Campinas, from 2014 to 2023, using data from the Mortality Information System (SIM) and the Violence Notification System (SISNOV/Sinan). The results revealed an increase in suicide mortality rates and notifications of suicide attempts over the period, with notable peaks in 2021, coinciding with the COVID-19 pandemic. External causes were the third leading cause of death, with a significant increase in self-inflicted injuries. There were significant variations in suicide rates by age group and district, with emphasis on the months of October and December. The most common methods of suicide were hanging (deaths) and self-poisoning (attempts). The findings reinforce the need for prevention and intervention strategies tailored to local and gender specificities, considering socioeconomic and mental health factors.

Keywords: Public Health; Suicide; Violence; Mortality; Women's Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Internacional de Doenças
Covid-19	Doença causada pelo coronavírus 2019
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição
CNS	Conselho Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SISNOV	Sistema de Notificação de Violência
SISNOV/Sinan	Sistema de Notificação de Violência / Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
Tabnet Campinas	Sistema de informações de saúde utilizado para registrar dados sobre saúde pública em Campinas.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 Mortalidade Feminina.....	14
2.2 Óbitos por causas externas.....	17
2.3 Suicídio.....	20
2.4 Sofrimento Mental e a covid-19.....	24
3. JUSTIFICATIVA	26
4. OBJETIVOS	27
5. MATERIAL E MÉTODOS	28
6. RESULTADOS	32
6.1 Perfil/ Panorama dos óbitos por causas externas e suicídio em mulheres em idade fértil. Residentes de Campinas-SP dos anos de 2014 a 2023	32
6.2 Perfil/ Panorama Tentativas de Suicídio em mulheres em idade fértil. Residentes de Campinas-SP dos anos de 2014 a 2013	44
6.3 Produto Técnico.....	54
7. DISCUSSÃO	65
8. CONCLUSÃO	74
9. REFERÊNCIAS	76
10. ANEXO	83

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo compreender o perfil dos óbitos por suicídio e das tentativas de suicídio em mulheres no município de Campinas, buscando ampliar a análise do impacto dessas ocorrências na população feminina em idade fértil.

Considerando que a maioria da população brasileira é composta por mulheres e elas são também as principais usuárias dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde – SUS¹. No município de Campinas o cenário não é diferente, segundo a fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)² em 2023, a população feminina era de 51,7%.

As mulheres comumente são responsáveis não só pelo seu próprio cuidado, como também de familiares, amigos e conhecidos. A função natural de cuidadora faz com que exerça um papel importante na humanidade como o centro do processo de cuidar no núcleo familiar³.

Ainda que possua grande importância não só como indivíduo, mas também como um importante integrante de sua família e comunidade, as políticas públicas de saúde eram direcionadas às mulheres com foco exclusivamente em seu papel materno, limitando-se a aspectos reprodutivos e de cuidado com os filhos⁴.

Sob a influência do fortalecimento do movimento feminista brasileiro nos anos 1980, houve a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que representou uma mudança de paradigma, buscando superar a visão que a restringia exclusivamente ao seu papel de mãe e à função reprodutiva⁴.

Ainda que ampliado a atenção a saúde da mulher, houve análises que apresentaram associação da morbimortalidade das mulheres a fatores de vulnerabilidade e não exclusivamente a fatores biológicos nas últimas décadas¹.

No Brasil o perfil de morbimortalidade das mulheres é bem diversificado, é possível identificar que existe uma alta incidência de doenças cardiovasculares, próprias de países mais desenvolvidos, mas também com situações características de países subdesenvolvidos como mortalidade materna elevada e desnutrição¹.

Vindo somar ao complexo retrato da saúde das mulheres no Brasil, as causas externas se apresentam como uma das principais causas de morte⁵ e conseqüentemente influenciam a expectativa de vida da população feminina. Realizando um recorte de idade é possível inferir que as mortes em idade fértil relacionadas a causas externas, como homicídios e suicídios, são um grave problema de saúde pública no Brasil, especialmente entre mulheres jovens⁶. Para o Ministério da Saúde este cenário é considerado como uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, já que sua maioria é de origem evitável⁷.

Dantas, Meira e Amorim⁸ destacam a tendência ascendente dos suicídios femininos no Brasil em diversas faixas etárias, contrariando a prevalência masculina observada globalmente.

Segundo dados do Censo Demográfico de 2022, o Brasil possui 30% de sua população composta por mulheres em idade fértil, o que corresponde a 60.945.468 pessoas⁹. Observa-se uma semelhança com o estado de São Paulo e o município de Campinas, que apresentam, respectivamente, 29,5% (13.117.072 pessoas) e 29,5% (335.831 pessoas) de suas populações dentro dessa faixa etária⁹.

Em relação à mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil em 2023, dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) apontam as causas externas como a segunda principal causa de óbito, representando 17,4% das mortes (11.788 óbitos) nesse grupo, dessas 22,1% (2635) foram por suicídio¹⁰. No estado de São Paulo, as causas externas figuraram como a terceira causa de morte nessa faixa etária, com 13,4% dos óbitos (1.837) no mesmo período, desses 23,5% (436) foram por suicídio. As neoplasias (26,5%; 3.629 óbitos) e as doenças do aparelho circulatório (20%; 2.720 óbitos) foram as principais causas de morte nesse estado¹⁰.

Considerando a população feminina do Brasil em idade fértil pelo IBGE⁹, é possível identificar que o coeficiente de mortalidade de óbitos por suicídio nessa população em 2023 foi de 4,3 óbitos por 100.000 habitantes no Brasil e 3,3 óbitos por 100.000 habitantes no estado de São Paulo.

Ao analisar os dados relacionado a mortalidade coletados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) municipal e Sistema de Notificação de Violência (SISNOV) de Campinas, pretende-se produzir informações e oferecer subsídios que possam fortalecer a atenção integral à saúde da mulher, que ainda se concentra

predominantemente em questões relacionadas à maternidade, ampliando o foco para outras demandas de saúde, como a prevenção de suicídios.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Mortalidade Feminina

Embora as mulheres sejam as principais usuárias do SUS, o papel das mulheres no sistema de saúde tem sido amplamente reconhecido no contexto de cuidadoras e acompanhantes, com foco em suas responsabilidades familiares e menos na promoção de sua própria saúde integral⁵. Por muito tempo as políticas públicas voltadas às mulheres foram centradas quase exclusivamente na gravidez e no parto¹¹. Na década de 1940 a preocupação estatal com a saúde materno-infantil no Brasil, foi marcada pela criação do Departamento Nacional da Criança, que enfatizava os cuidados com as crianças e com as mães durante a gravidez e amamentação, e mantido durante a ditadura militar, marcado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela lógica da mercantilização da saúde, com impactos negativos na saúde pública e na medicina previdenciária¹².

Santos Neto et al.¹² ressaltam que partir de 1970, programas verticais de atenção à saúde materno-infantil foram implementados, como o Programa de Saúde Materno-Infantil em 1975 e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco em 1978, sendo esse período marcado pelo excesso de intervenção médica sobre o corpo feminino, com destaque para o uso abusivo da cesariana e da esterilização como método contraceptivo.

O ano de 1984 marca uma mudança significativa nas políticas de saúde voltadas para as mulheres no Brasil, com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), superando uma visão restrita que as limitava ao papel de mães⁴. Ainda segundo os autores, essa política visava uma abordagem integral da saúde feminina, reconhecendo as mulheres como cidadãs plenas de direitos, o que exige um sistema de saúde que atenda suas necessidades ao longo de diferentes ciclos de vida.

Porém, para Martin¹³, ao analisar diversos estudos, afirma que, nas décadas de 1980 e 1990, mesmo com o surgimento dos primeiros programas voltados à saúde da mulher, impulsionados por incentivos políticos, essas iniciativas ainda concentravam-se principalmente na concepção, contracepção e investigações sobre mortalidade, restritas às relacionadas com o parto, gravidez ou puerpério.

Somente a partir dos anos 2000 começou a haver uma discussão mais ampla sobre a necessidade de investimentos e estudos que abordassem a saúde da mulher de maneira integral, sem que essa atenção estivesse exclusivamente vinculada ao ciclo reprodutivo, levando em consideração as diversas influências biológicas, sociais e psicológicas ao longo das diferentes fases da vida. Uma mudança no paradigma das políticas de saúde da mulher, que antes se restringiam à função reprodutiva e agora caminham para uma atenção integral, se dá a partir do reconhecimento de que a desigualdade de gênero influencia diretamente os processos de saúde, sofrimento e adoecimento da mulher¹⁴.

Com a mudança do perfil das mulheres na sociedade, com crescente autonomia e inserção no mercado de trabalho, somando-se as rotinas domésticas, outros fatores influenciadores na saúde/ doença e mortalidade dessa população passaram a ter relevância, como o uso abusivo de álcool e tabaco, interferindo diretamente no cenário das causas evitáveis¹³.

Embora as mulheres apresentem taxas de mortalidade geralmente mais baixas do que os homens, é crucial e oportuno analisar os problemas de saúde mais frequentes nesse grupo populacional, sendo fundamental aprimorar o planejamento e a implementação de intervenções contínuas e programas de saúde especificamente direcionados às mulheres¹⁵.

A desigualdade de gênero afeta negativamente a saúde das mulheres, limitando sua capacidade de proteger a própria saúde e contribuindo para mortes precoces evitáveis¹⁶. É essa desigualdade de gênero que é fruto da subordinação das mulheres no patriarcado, vulnerabiliza as mulheres e está associada ao comportamento suicida, sendo um forte preditor para o surgimento deste comportamento⁸.

Vieira et al.¹⁷ enfatizam que a cultura de priorizar a assistência em detrimento da prevenção contribui para a fragilidade dos programas de combate à violência. Embora a prevenção seja uma abordagem mais eficaz e de menor custo, o foco ainda se concentra em lidar com as consequências da violência, sobrecarregando os serviços de saúde. Existem relações entre as mulheres que enfrentam o suicídio e as tentativas de suicídio com a presença de violência doméstica ou perdas importantes em seu núcleo familiar¹⁸.

A violência de gênero, incluindo abuso sexual na infância, aumenta significativamente o risco de transtornos mentais graves e comportamento suicida. As notificações de violência contra a mulher no Brasil têm crescido, especialmente durante a pandemia de covid-19⁸.

As mulheres são mais afetadas por ideação e tentativas de suicídio, comportamentos que estão atrelados ao modo de vida feminino e aos papéis sociais da mulher. O suicídio feminino está frequentemente relacionado a violências física, sexual e intrafamiliar, doenças físicas e mentais, privação social, perdas afetivas, isolamento social, baixa resiliência e abortamento. Apesar da relevância do tema, o suicídio de mulheres tem sido pouco explorado em estudos brasileiros, e a análise desse fenômeno requer uma abordagem que considere as questões de gênero como uma categoria socialmente construída¹⁹.

Para garantir a direção correta e mais eficientes no planejamento de ações que impactam diretamente nos resultados, é necessário compreender a dinâmica da mortalidade, para se conhecer uma sociedade e suas especificidades²⁰. Para tanto, no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde que trabalha com a mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, foi possível verificar um aumento das taxas de suicídio entre mulheres no Brasil entre 2010 e 2019 de 29%, destacando-se o crescimento contínuo desse fenômeno, especialmente em adolescentes²¹. A alta mortalidade na faixa etária mais jovem pode estar associada à fragilidade no cuidado com a saúde, uma vez que muitas dessas mortes são evitáveis¹¹.

Segundo Andrade, Viana e Silveira²², a vulnerabilidade da mulher a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente no período reprodutivo, está diretamente ligada à incapacidades e a tentativas de suicídio. Esses autores destacam que a depressão é a principal causa de incapacitação em mulheres, globalmente, e que o suicídio é a segunda causa de morte entre mulheres de 15 a 44 anos em todo o mundo.

Assim é extremamente necessário realizar pesquisas detalhadas sobre essa temática para melhorar a qualidade de vida dessa população e reduzir diretamente a mortalidade. Esses estudos são essenciais para identificar as lacunas

nos cuidados e desenvolver estratégias eficazes para a prevenção e o manejo das condições de saúde que afetam essas mulheres⁸.

2.2 Óbitos por Causas Externas

Como definição de óbitos por causas externas, Martins et al.²³ apresentam que:

[...] De acordo com a 10^a revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), essas categorias englobam óbitos decorrentes de agressões, suicídios e acidentes diversos. A Organização Mundial da Saúde (OMS), ao abordar os traumas que resultam em enfermidades ou incapacidades, inclui lesões físicas e psíquicas, envenenamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras e intoxicações [...]²³.

De acordo com Mello Jorge e Laurenti²⁴, as causas externas, também denominadas causas não naturais ou violentas, incluem acidentes e violências (auto ou heteroinfligidas), sendo a violência considerada um problema social complexo que afeta diretamente a saúde pública, especialmente nos grandes centros urbanos. As mortes violentas, consideradas mortes por causas externas apresentaram aumento ao longo dos anos, sendo que na década de 1980 o número de mortes por causas violentas no Brasil aumentou 60%¹⁷.

Desde a década de 1980, as causas externas se consolidaram como a segunda principal causa de morte no Brasil, sendo a principal causa de morte entre indivíduos de cinco a 39 anos²⁵. Entre 2000 e 2019 foi possível definir essas causas como uma das principais responsáveis pela mortalidade no país²⁶.

Os fatores que contribuem para o aumento das taxas de mortalidade por causas externas incluem o desenvolvimento industrial, o avanço da tecnologia, o aumento da velocidade dos veículos, além das condições socioeconômicas, como pobreza e a desigualdade social²⁵. A própria natureza humana, com comportamentos de risco e exposição à violência, também desempenha um papel significativo no crescimento dessas taxas, refletindo no aumento dos traumas e, conseqüentemente, das mortes por causas externas²⁵. Esses elementos combinados contribuem para a

complexidade do problema, exigindo uma abordagem multidimensional nas políticas públicas²⁵.

Na pesquisa desenvolvida por Sousa e Silviero²⁷ que analisou os óbitos evitáveis em São Paulo foi possível verificar que de 2014 a 2016 das 14.137 mortes por causas externas no município, 99,7% foram consideradas evitáveis e destacou o impacto negativo das causas externas no Brasil desde 1980, influenciando diretamente os anos de vidas perdidos.

Se configurando como uma das principais causas de óbito no Brasil, as causas externas influenciam diretamente a expectativa de vida da população, sendo necessário identificar as circunstâncias para elaborar mudanças e intervenções capazes de melhorar essa situação, onde a mortalidade precoce por causas evitáveis é responsável por altos custos econômicos e sociais na sociedade²⁷.

Pesquisas destacam a crescente relevância dos acidentes e violências como causas de morte, especialmente entre os jovens, colocando o Brasil em uma posição preocupante no indicador de Anos Potenciais de Vida Perdidos²⁸.

As causas externas constituem um grave problema de saúde pública no país devido à elevada mortalidade e morbidade que, além de acarretar altos custos para o sistema de saúde, afetam profundamente indivíduos, famílias e a sociedade como um todo, causando por exemplo, sofrimento emocional, dificuldades financeiras e desestruturação familiar²⁵. Além de exercer pressão sobre os serviços de emergência, assistência especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social²⁹.

Este cenário destaca a necessidade urgente de políticas públicas eficazes e intervenções preventivas para reduzir a mortalidade associada a essas causas. Em análise realizada nas declarações de óbitos, de 2014 a 2016, no município de São Paulo – SP identificou que, apesar dos esforços, as taxas de mortalidade por causas externas permanecem alarmantes, configurando-se como a terceira causa de morte, destas, 99,7% foram classificadas como evitáveis, refletindo um problema persistente em nível nacional, que exige atenção contínua e estratégias multidisciplinares para sua mitigação²⁷.

No ano de 2000, aproximadamente 1,6 milhões de pessoas morreram devido a algum tipo de violência, com a maioria dos casos ocorrendo em países de baixa e média renda. Metade dessas mortes foi por suicídio e lesões auto infligidas eram a sexta causa de problemas de saúde e incapacitação física³⁰. No Brasil foi possível verificar que de 2010 a 2019 houve registro de 1,34 milhão de mortes por causas externas, com constatação de aumento 26,3% nas taxas de suicídios³¹.

Por ser um fator expressivo na mortalidade no Brasil, compreender quem são os grupos vulneráveis e as causas subjacentes a esses eventos é essencial para a formulação de políticas eficazes de prevenção de acidentes e violências, e para que esses programas tenham impacto real, é fundamental realizar análise detalhada das causas de morte, possibilitando a criação de estratégias direcionadas e adaptadas às necessidades da população²⁸. Esse entendimento é essencial para a implementação de ações preventivas que reduzam a mortalidade e a morbidade associadas às causas externas. A análise detalhada das características epidemiológicas e sociodemográficas relacionadas aos óbitos por causas externas é crucial para a elaboração e implementação de intervenções e políticas públicas eficazes²⁶.

Além da particularidade social que as causas externas possuem, é crucial destacar as especificidades das causas externas de óbito no sexo feminino, que apresentam características e impactos distintos²⁹. Para os autores, as mulheres possuem a particularidade de serem grandes vítimas de violência doméstica e de gênero, o que contribui significativamente para as estatísticas de mortalidade e morbidade.

A violência contra a mulher possui um impacto significativo na mortalidade materna e na saúde pública. Segundo Alves et al.⁶, a violência de gênero, frequentemente perpetrada por parceiros íntimos, é uma das principais causas de morte entre mulheres em idade fértil. A violência doméstica, muitas vezes invisível para a família e amigos, interfere na autonomia e mobilidade das mulheres, dificultando o acesso a redes de apoio⁶.

Pesquisas mostram que a violência por parceiro íntimo é uma realidade alarmante no Brasil, de modo que mais de 40% das mulheres já sofreram violência psicológica e mais de 27% já foram vítimas de violência física por parceiro íntimo em algum momento de suas vidas³². Este tipo de violência muitas vezes passa

despercebido por outros membros da família e amigos, o que agrava a situação das vítimas, que enfrentam impactos significativos em sua autonomia, independência e acesso a redes de apoio²⁹.

É possível considerar que a desigualdade de gênero continua a afetar negativamente a saúde das mulheres, limitando sua capacidade de proteger a própria saúde e contribuindo para mortes precoces evitáveis¹⁶. A violência de gênero, que inclui agressões físicas, psicológicas, sexuais e patrimoniais, é uma preocupação crescente, especialmente entre mulheres em idade fértil²⁹.

A violência doméstica é um fator determinante que contribui para o desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais, culminando em tentativas de suicídio, e a representação do suicídio entre mulheres com histórico de violência doméstica está ancorada em experiências de rejeição, desamor e depressão¹⁸.

Em estudo realizado de 2011 a 2017, entre as mulheres com notificações de violência interpessoal ou autoprovocada (692.936 mulheres), 16.287 mulheres foi a óbito³². A principal causa de morte identificada é o homicídio, o que sugere a ocorrência de feminicídio íntimo, especialmente porque o parceiro íntimo é frequentemente o autor desses crimes contra mulheres³².

A análise de dados de mortalidade é essencial para entender os fatores associados à violência contra a mulher, para formular estratégias de prevenção³² para a melhoria das práticas dos profissionais de saúde medidas essenciais para reduzir a subnotificação e garantir a proteção das mulheres em situação de vulnerabilidade⁶. Portanto, a análise dos registros de óbito e das notificações de violência é crucial para reconstruir as histórias dessas mulheres, identificar fatores de risco e, principalmente, evitar óbitos prematuros e absolutamente evitáveis³².

2.3 Suicídio

Visto de diferentes maneiras ao longo da história, Dantas et al.⁸ afirmam que o suicídio variou de sendo permitido em algumas culturas antigas a sendo condenado pelas religiões judaico-cristãs a partir do século XVIII. No século XIX, passou a ser visto como um fenômeno social, e, no século XX, as abordagens

predominantes passaram a ser influenciadas pela psiquiatria, com foco nos transtornos mentais, como a depressão. Atualmente, estudos têm identificado uma relação entre estresse ambiental e comportamento suicida⁸.

O comportamento suicida é definido como qualquer ato em que um indivíduo causa lesão a si mesmo, independentemente do grau de intenção letal ou do entendimento do motivo por trás do ato³⁴. Abrange uma série de ações autodestrutivas que variam em grau de intenção letal e reconhecimento do motivo real por trás dessas ações, que vai desde pensamentos de autodestruição até tentativas de suicídio e o próprio suicídio, evidenciando a complexidade e a sobreposição desses comportamentos³⁵.

Em contrapartida, a definição de suicídio é especificamente associada ao ato intencional de encerrar a própria vida, sendo aplicável apenas em situações que resultam em morte ou em ações cujas consequências inevitavelmente conduzam à morte, enfatizando a necessidade de intencionalidade por parte do indivíduo³⁶. Complementarmente, Durkheim³⁷ define suicídio como qualquer caso de morte que decorra, direta ou indiretamente, de um ato positivo ou negativo executado pela própria vítima, que tinha consciência de que tal ato resultaria em sua morte, ampliando a compreensão do fenômeno ao incluir ações ou omissões conscientes que levam ao desfecho letal.

O suicídio envolve uma complexa interação de determinantes sociais, culturais, econômicos e de saúde, esse fenômeno leva à morte de forma planejada, provocada e intencional, refletindo problemas sociais que demandam uma preparação adequada dos serviços de saúde e dos profissionais para atuar nessas circunstâncias⁴³

Mais de 700 mil pessoas cometem suicídio ao ano, sendo considerada uma das principais causas de morte quando avaliado a população geral e a terceira quando analisado ambos os sexos com idade de 15 a 35 anos não possui distinção entre as classes sociais, o que torna um fenômeno global em todas as regiões do mundo, independentemente do nível econômico³⁸.

Mesmo com os escassos trabalhos sobre as tentativas de suicídio, estima-se que o número de tentativas seja 10 vezes maior que os óbitos por suicídio³⁹. Cerca

de 15 a 25% das pessoas que tentaram suicídio voltarão a fazê-lo no ano seguinte e 10% conseguem efetivamente tirar a própria vida nos próximos 10 anos⁴⁰.

Em 2019, a região das Américas registrou um número significativo de mortes por suicídio, totalizando 97.339 casos, além disso, estima-se que o número de tentativas de suicídio pode ter sido aproximadamente 20 vezes maior do que o número de mortes registradas⁴¹.

Abasse³⁴ aponta que o suicídio é frequentemente estigmatizado e envolto em tabus, o que dificulta a discussão aberta sobre o tema. A autora argumenta que essa "mácula" contribui para a negação e ocultação do problema, especialmente quando envolve crianças e adolescentes, cujas famílias podem sentir culpa e vergonha diante do ocorrido.

Com base no Boletim Epidemiológico nº 33²¹, observa-se uma tendência global semelhante à do Brasil em relação à mortalidade juvenil. No Brasil, entre 2010 e 2019, as causas externas foram as principais responsáveis pelos óbitos na faixa etária de 10 a 29 anos. Dentro desse contexto, o suicídio se configura como a terceira maior causa de morte nessa população. Reconhecer essa realidade é fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes e para a implementação de ações de prevenção do suicídio direcionadas a jovens²¹.

Para a OMS³⁸ o suicídio representa um desafio significativo para a saúde pública, destacando-se como uma causa preeminente de óbito entre os jovens, ocupando a posição de terceiro maior motivo de morte na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo que aproximadamente 73% dos casos de suicídio ocorrem em nações de baixa e média renda, indicando o impacto de condições econômicas adversas nessa questão. As origens desse ato são intrincadas e diversificadas, emergindo de uma interação complexa entre elementos sociais, culturais, biológicos, psicológicos e ambientais ao longo do desenvolvimento individual³⁸.

No Brasil ao se especificar por faixa etária, o suicídio se configura como a segunda maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, e adolescentes do sexo feminino são particularmente vulneráveis à ideação suicida devido a fatores como violência e repressão social. As adolescentes do sexo feminino tentam suicídio duas a três vezes mais do que os adolescentes do sexo masculino, embora utilizem meios menos agressivos, resultando em menor letalidade²³.

Com altos índices de suicídio como causa de morte no mundo⁴², sendo responsável por cerca de um milhão de mortes todos os anos⁴³, este é considerado um problema de saúde pública tanto no Brasil quanto globalmente¹⁵. Entre os anos de 1996 a 2016, foi possível identificar aumento de 69,9% das mortes por suicídio no país⁴⁴.

No Brasil, em 2018, houve 12.741 mortes por suicídio, com uma taxa de mortalidade de 5,8 por 100 mil habitantes, e um aumento de 34,8% nas taxas de suicídio entre 2000 e 2018¹⁵.

Em um estudo realizado por Lovisi et al.⁴⁵ sobre as taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, por regiões e capitais entre 1980 e 2006, verificou-se que, apesar de o Brasil ocupar a 67ª posição no ranking mundial de taxas de suicídio em 2005, o país ainda figurava entre os 10 com maior número absoluto de casos. Os métodos de suicídio mais comuns no Brasil foram enforcamento, armas de fogo e envenenamento, sendo que a escolha do método poderia estar relacionada a fatores culturais, regionais e à disponibilidade de meios⁴⁵.

No SIM, houve registro de um aumento no número de mortes por suicídio, de 6530 em 1999 para 9374 em 2009, representando um crescimento de quase 18 para mais de 25 óbitos diários¹⁸. Já entre 1996 e 2016, o Brasil registrou 183.484 mortes por suicídio, com um aumento de 69,6% no período. Em 2018, foram registradas 12.733 mortes por suicídio, representando 35 mortes por dia⁴⁶.

Do perfil de mortes por suicídio, as mulheres apresentam menor mortalidade por suicídio quando comparado com os homens, porém tem 3 vezes mais tentativas⁴⁷. Sendo as tentativas de suicídio mais frequentes entre o sexo feminino, foi possível identificar que as mesmas utilizam principalmente medicamentos, raticidas e produtos de limpeza¹⁸.

Marquetti e Marquetti⁴⁸ discutem a complexidade do suicídio feminino, destacando que este ato não apenas reflete a dor e o sofrimento, mas também comunica aspectos profundos da feminilidade e da experiência de ser mulher, onde historicamente e culturalmente, as formas e os contextos nos quais as mulheres optam por terminar suas vidas estão intrinsecamente ligados às suas posições sociais e aos papéis de gênero impostos. Enquanto os homens podem buscar a morte em espaços abertos, refletindo sua liberdade de movimento na sociedade, as mulheres

frequentemente escolhem locais privados e íntimos para o suicídio, como o lar, o que pode ser interpretado como um reflexo de suas vidas muitas vezes confinadas e de suas lutas silenciosas⁴⁸.

2.4 Sofrimento mental e a covid-19

A pandemia por covid-19, deflagrada em dezembro de 2019 com a identificação de casos de pneumonia de causa desconhecida em Wuhan, China⁴⁹, rapidamente se alastrou globalmente, impondo desafios inéditos aos sistemas de saúde em escala mundial. No Brasil, o primeiro caso foi registrado em fevereiro de 2020, em São Paulo, marcando o início de uma crise sanitária que culminaria em altas taxas de transmissão e um elevado número de óbitos⁴⁹. Diante da emergência, autoridades de saúde implementaram medidas de controle da mobilidade, como a suspensão de atividades não essenciais e o estímulo ao distanciamento social, visando a contenção da disseminação do vírus^{49,50}.

Embora as medidas de isolamento social fossem necessárias, desencadearam uma série de consequências multifacetadas na vida da população⁵⁰. No Brasil, o isolamento social gerou controvérsia, mas foi amplamente adotado, afetando a economia, a saúde e a dinâmica social⁵⁰. Medeiros e Negreiros⁵¹ abordam que o isolamento intensificou o medo, a raiva e a ansiedade, contribuindo para o surgimento de quadros depressivos e de estresse pós-traumático. Nesse cenário, a proliferação de informações imprecisas e a polarização política agravaram o sofrimento psíquico, que destacam o impacto da desinformação e dos debates polarizados na saúde mental⁵¹. O aumento da violência doméstica, a perda de empregos e a alteração das rotinas escolares somaram-se aos desafios impostos pela pandemia^{49,52}, evidenciando a complexidade das repercussões psicossociais.

A análise do impacto da pandemia na saúde mental revela um cenário preocupante, com o aumento da prevalência de transtornos mentais e comportamentos de risco. Soares⁵¹ enfatiza que a covid-19 impactou a saúde mental global, com aumento nas tentativas de suicídio. O aumento do sofrimento mental e o comportamento suicida em meio à pandemia, associando a crise sanitária ao aumento do uso de substâncias psicoativas, à perda de renda e ao agravamento do estresse,

da ansiedade e da depressão, onde a prevalência de tentativas de suicídio, ideação e planejamento entre mulheres, desempregados, solteiros e indivíduos de baixa renda, demonstrando a vulnerabilidade desses grupos⁵³.

Rocha et al.⁵³ identificaram que sintomas de ansiedade, depressão, desesperança e psicoses foram comuns durante a progressão do comportamento suicida, frequentemente associados a transtornos mentais preexistentes ou a estressores relacionados à pandemia. A associação entre histórico de transtorno mental e tentativa de suicídio reforça a importância do acompanhamento terapêutico e da identificação precoce de alterações psíquicas⁵³. A qualidade do sono e a prática de atividades físicas estavam relacionadas ao estresse familiar, com aqueles que dormiam menos e/ou não praticavam atividades físicas apresentando maior percepção de estresse familiar. Tais achados evidenciam a necessidade de abordagens holísticas que considerem a saúde física e mental⁵⁰.

Diante desse panorama, a pesquisa de Rocha et al.⁵³ sublinha a necessidade de políticas públicas eficazes e baseadas em evidências para a identificação precoce, a prevenção e o gerenciamento adequado dos estados de risco. Nesse sentido, a criação de serviços de suporte gratuitos, especialmente para grupos vulneráveis e profissionais da saúde, que estão na linha de frente do combate à pandemia⁵³. Se tornam necessárias as estratégias assistenciais seguras e eficazes para o gerenciamento de risco, bem como a incorporação de tecnologias que favoreçam a identificação dos preditores individuais, biológicos, ambientais, sociais, clínicos e psicológicos para o suicídio⁵³. É fundamental, portanto, que os sistemas de saúde estejam preparados para oferecer apoio e cuidado integral à população, minimizando os impactos da pandemia na saúde mental e prevenindo o comportamento suicida. A importância de políticas públicas que ofereçam suporte emocional à população, e que as redes sociais sejam usadas de forma construtiva para disseminar informações sobre a saúde mental⁵¹.

3. JUSTIFICATIVA

Este estudo foi motivado pela análise de dados de mortalidade feminina e pelo impacto da violência nos diferentes distritos de saúde de Campinas. Entre 2012 e 2021, as causas externas foram identificadas como a principal causa de morte em mulheres de 10 a 29 anos e a segunda entre aquelas de 30 a 39 anos.

Dentro das causas externas, o suicídio destacou-se como a segunda principal causa de óbito na faixa etária de 10 a 19 anos e a terceira de 20 a 29 anos entre mulheres. Além disso, foi constatado um aumento progressivo nos óbitos por suicídio nessa população ao longo dos anos, evidenciando a necessidade de uma análise aprofundada desse problema e da implementação de políticas públicas mais eficazes para sua prevenção.

Diante desse cenário, torna-se essencial compreender o perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio e tentativas de suicídio entre mulheres residentes em Campinas. Este aprofundamento busca identificar padrões, fatores associados e subsidiar ações estratégicas voltadas à redução desses índices, contribuindo para a construção de uma rede de cuidado mais efetiva para a saúde mental feminina.

4. OBJETIVOS

Geral: Descrever o perfil dos óbitos por suicídio e das tentativas de suicídio do sexo feminino de 10 a 49 anos, em Campinas, entre 2014 e 2023.

Específicos:

- Descrever o perfil epidemiológico dos óbitos segundo: faixa etária, raça/cor, escolaridade, distrito de residência, método utilizado, local da morte, mês do óbito.
- Descrever a ocorrência de óbitos por suicídio nesta população, entre 2014 e 2023.
- Descrever os meios de suicídio praticados, e identificar se houve variação na frequência absoluta ao longo do período estudado.
- Descrever o perfil epidemiológico das notificações de tentativas de suicídio, segundo as mesmas variáveis para os óbitos.
- Descrever os coeficientes das notificações de tentativas de suicídio, entre 2014 e 2023.
- Desenvolver como produto técnico, um boletim epidemiológico para difundir de forma clara e objetiva o conhecimento epidemiológico acerca do tema e propiciar discussões e construções assertivas a cerca de uma rede de cuidado.

5. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo dos óbitos por suicídio e tentativas de suicídio em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), residentes no município de Campinas, São Paulo, Brasil, no período de 2014 a 2023. O recorte etário foi definido com base na categorização do Ministério da Saúde⁵⁴ para idade fértil, visando compreender as especificidades desse grupo em relação às causas externas associadas à mortalidade e morbidade feminina.

O município de Campinas, município situado no interior do estado de São Paulo, na região Sudeste do Brasil, abrange uma área de 794,571 km². Segundo dados do Censo Demográfico de 2022, conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do município era de 1.139.047 habitantes, dos quais 52% (596.034 habitantes) pertenciam ao sexo feminino⁹. O município de Campinas é organizado em cinco distritos de saúde que estruturam a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma descentralizada. Essa divisão tem como objetivo garantir a proximidade das ações de saúde com a população local, considerando as características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas de cada território.

Fonte de Dados

Os dados dos óbitos por suicídio foram obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), enquanto os dados de tentativas de suicídio foram extraídos do Sistema de Notificação de Violência (SISNOV), ambos disponibilizados pelo sistema de tabulação Tabnet/Campinas.

O SIM é definido como um "sistema de vigilância epidemiológica nacional, cujo objetivo é captar dados sobre os óbitos em todo o país, fornecendo informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde"⁵⁵. O SISNOV/Sinan é um sistema eletrônico, de uso municipal, integrado, intersetorial e interinstitucional, destinado ao registro de notificações de violência doméstica, intra-familiar e auto-provocada entre os residentes do município. Seu objetivo é registrar dados eletronicamente para gerar informações e apoiar o desenvolvimento de políticas específicas que visem reduzir os riscos e danos associados à violência⁵¹.

Os óbitos por suicídio foram identificados utilizando os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84) e suas sequelas (Y87.0). As tentativas de suicídio foram definidas como notificações de lesão autoprovocada registradas no SISNOV/Sinan. Ambas as bases de dados foram acessadas com foco em garantir a anonimização e o respeito às diretrizes éticas para estudos com dados secundários.

Variáveis de Estudo

Os óbitos por suicídio e tentativas de suicídio foram descritos de acordo com as seguintes variáveis:

- **Sociodemográficas:** faixa etária (10-19, 20-29, 30-39 e 40-49 anos), escolaridade, raça/cor.
- **Circunstâncias do evento:** local da morte (SIM) ou local da notificação (SISNOV) e métodos utilizados para tentativas de suicídio e suicídios.
- **Temporal:** data da notificação (ano e mês) da tentativa de suicídio e data do óbito (ano e mês) do suicídio.
- **Espacial:** os eventos foram agrupados por distritos de residência para identificar possíveis regiões de maior risco.

Análise dos dados:

Foi realizada uma análise descritiva dos óbitos e das tentativas de suicídio. A análise descritiva fornece um panorama detalhado das características dos casos. Realizou-se também descrição dos dados ao longo dos anos com o objetivo de identificar padrões e mudanças nas taxas de mortalidade e nas notificações ao longo dos anos, destacando períodos do ano com maior incidência de casos.

Foram calculadas as frequências absolutas e proporções as variáveis categóricas. Esses dados foram apresentados em tabelas e gráficos para descrever o perfil epidemiológico.

Foram calculadas como o número de eventos por 100.000 mulheres no grupo etário específico para as variáveis que possuíam dados disponíveis pelo Censo. Para permitir comparações ao longo do tempo e entre diferentes faixas etárias foi

realizado padronização, as taxas foram ajustadas por idade, tomando como padrão a população feminina de Campinas no Censo de 2022.

Por se tratar de um estudo com dados secundários de domínio público e anonimizados, dispensou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (ofício nº 125/2023).

Produto Técnico

Com base nas informações obtidas a partir da análise epidemiológica, foi desenvolvido um produto técnico na forma de um boletim epidemiológico. Este boletim tem como objetivo sintetizar e apresentar os dados de forma clara e objetiva, para subsidiar ações e políticas de saúde no município. O processo de produção e divulgação do boletim foi realizado em seis etapas principais, descritas a seguir:

1. Organização dos dados:

Os dados foram cuidadosamente organizados para facilitar sua inclusão no boletim. Essa etapa envolveu a seleção e priorização das informações mais relevantes, garantindo que todos os elementos apresentados sejam consistentes, precisos e de fácil compreensão.

2. Produção de gráficos e tabelas

A primeira etapa consistirá na criação de gráficos e tabelas que representem os dados coletados. Essas visualizações serão elaboradas para destacar as principais características e tendências dos óbitos e tentativas de suicídio, organizando as informações por variáveis como faixa etária, raça/cor, método utilizado e distrito de residência.

3. Elaboração das análises textuais:

Foi elaborado um texto analítico para cada gráfico e tabela, contextualizando os dados apresentados e destacando os principais achados.

4. Diagramação e formatação do boletim epidemiológico

Todo o conteúdo foi estruturado em um formato visualmente atraente e acessível. A diagramação incluiu gráficos, tabelas e textos, respeitando padrões técnicos e de comunicação para facilitar a leitura e interpretação.

5. Impressão do boletim

Após a finalização da tese, o boletim será preparado para impressão. Serão produzidas cópias físicas para distribuição entre os gestores e equipes de saúde, além de uma versão digital para ampla divulgação.

6. Divulgação das informações

A última etapa será a divulgação dos resultados, iniciando com uma apresentação formal em reunião com os gestores das áreas de saúde da mulher e saúde mental do município. Durante essa reunião, os principais achados e recomendações serão discutidos, com o objetivo de fomentar estratégias de intervenção e planejamento.

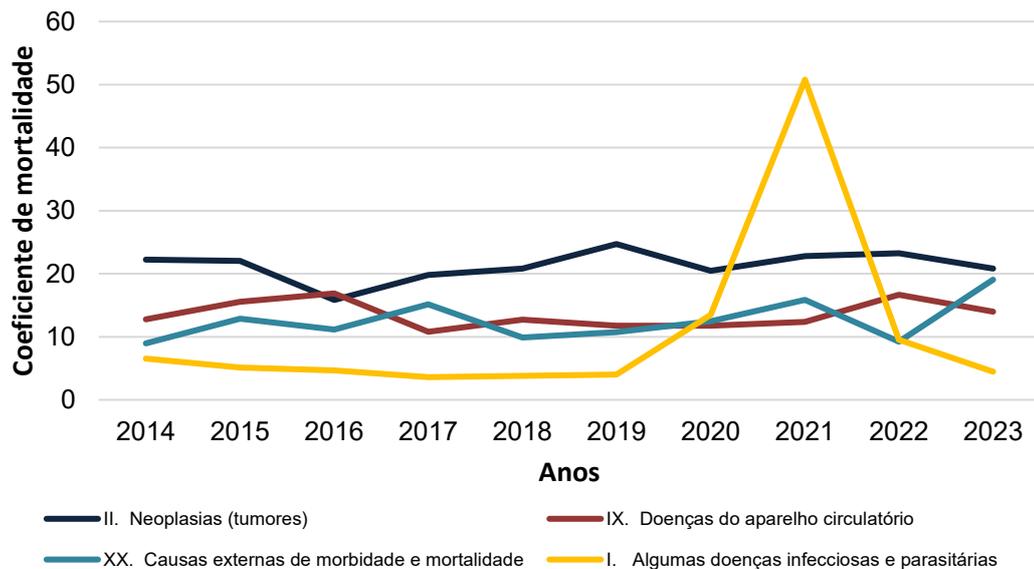
Esse processo busca garantir que as informações geradas sejam amplamente difundidas, promovendo a tomada de decisões baseada em evidências e fortalecendo as ações de saúde mental e prevenção do suicídio no município de Campinas.

6. RESULTADOS

6.1 Perfil/ Panorama dos óbitos por causas externas e suicídio em mulheres em idade fértil. Residentes de Campinas-SP.

No município de Campinas, as causas externas foram a terceira causa de óbitos de acordo com os capítulos de causa da CID10, de mulheres de 10 a 49 anos ao longo dos anos. É possível identificar na Figura 1 que em 2014, as causas externas eram a terceira causa, abaixo das neoplasias e doenças do aparelho circulatório. Em 2017 passaram a ser a segunda causa, oscilando entre a segunda e a terceira, a partir daí, em momentos em que ultrapassaram as doenças circulatórias (2017, 2021, 2023). Contudo, o ano de 2023 foi o que atingiu maior incidência.

Figura 1. Coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes), segundo o capítulo de causa (CID-10) de mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas, setembro de 2024.

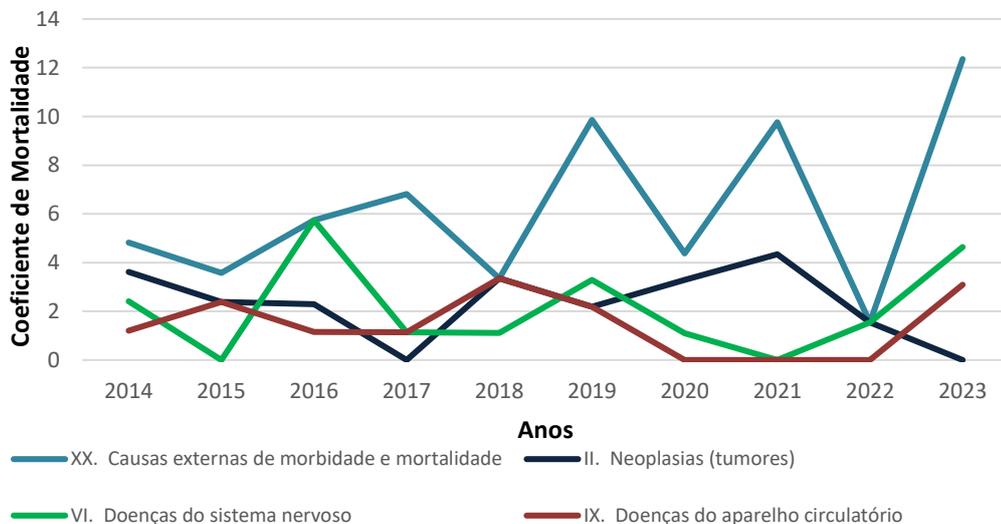
As neoplasias, ou tumores, mantiveram-se relativamente estáveis, com um coeficiente de incidência em 100.000 habitantes de 22,25 em 2014, uma ligeira queda para 15,84 em 2016, e flutuações menores nos anos seguintes, terminando em 20,84 em 2023. As doenças do aparelho circulatório também mostraram variações, começando com um coeficiente de 12,76 em 2014, subindo para 16,88 em 2016, e apresentando um valor de 13,99 em 2023.

Um ponto de destaque foi o impacto da pandemia pela covid-19, especialmente visível nos coeficientes de mortalidade por doenças infecciosas e

parasitárias. Em 2019, o coeficiente de incidência em 100.000 habitantes era de 3,99, mas subiu drasticamente para 13,48 em 2020 e atingiu um pico alarmante de 50,77 em 2021, refletindo o impacto direto da pandemia.

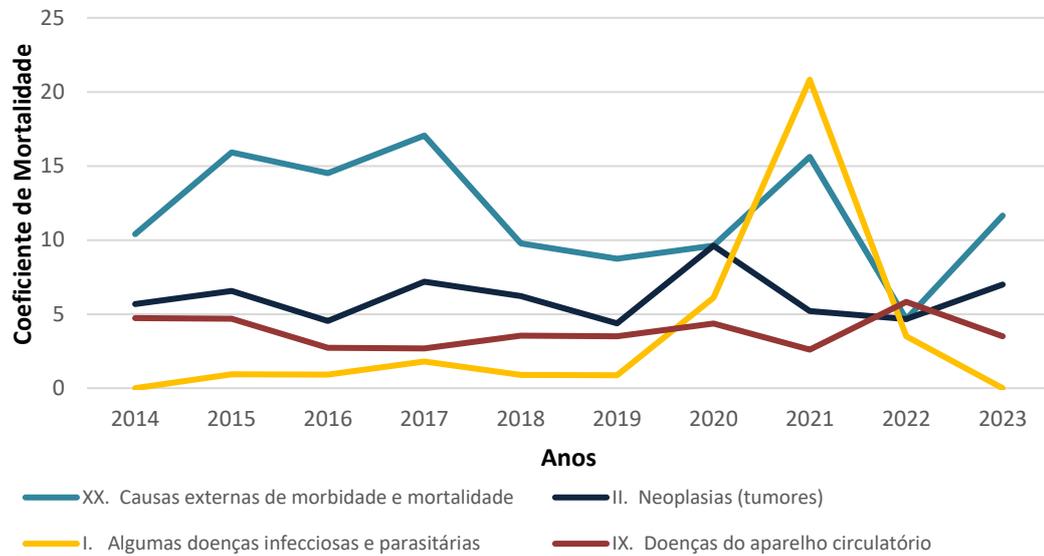
As causas externas de morbidade e mortalidade foram a principal causa de óbito entre mulheres de 10 a 29 anos no período de 2014 a 2023, com coeficientes elevados e oscilações ao longo dos anos, atingindo picos especialmente em 2021 (Figura 2 e Figura 3). Entre 30 e 39 anos, as causas externas permaneceram como a segunda principal causa de morte, atrás das neoplasias e das doenças do aparelho circulatório (Figura 4). Já na faixa de 40 a 49 anos, houve uma mudança no ranking das principais causas, com as doenças do aparelho circulatório ultrapassando as causas externas, que passaram a ocupar a terceira posição, superando as doenças infecciosas e parasitárias (Figura 5)

Figura 2. Coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes), segundo capítulo da Cid-10, de mulheres de 10 a 19 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



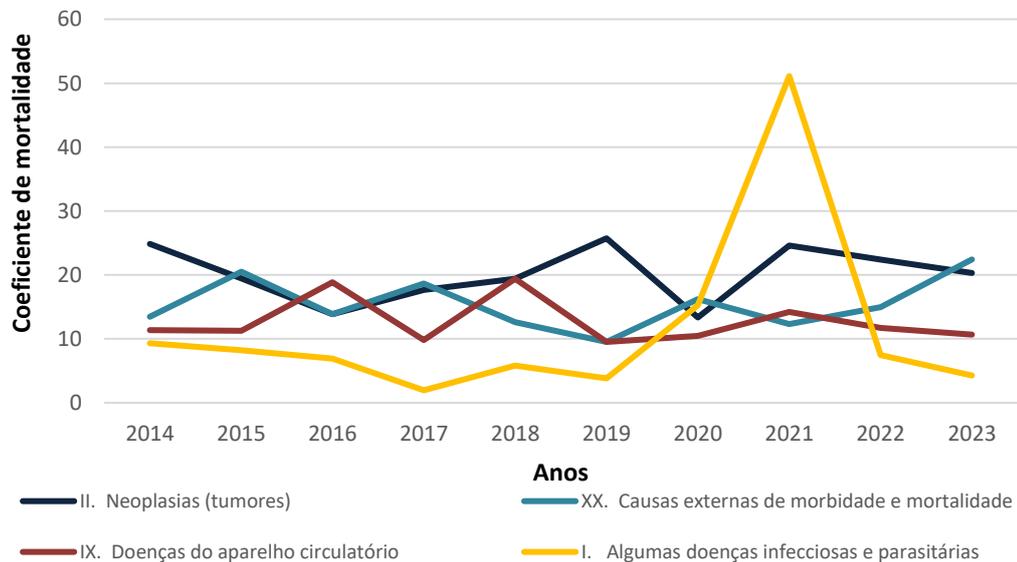
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas, setembro de 2024.

Figura 3. Coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes), segundo capítulo da Cid-10, de mulheres de 20 a 29 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



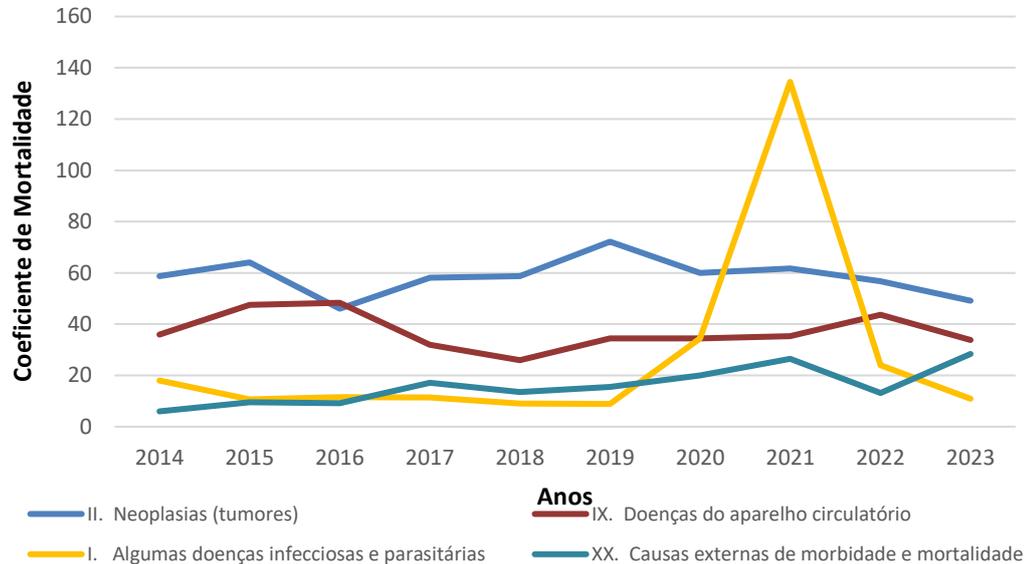
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas, setembro de 2024.

Figura 4. Coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes), segundo capítulo da Cid-10, de mulheres de 30 a 39 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas, setembro de 2024.

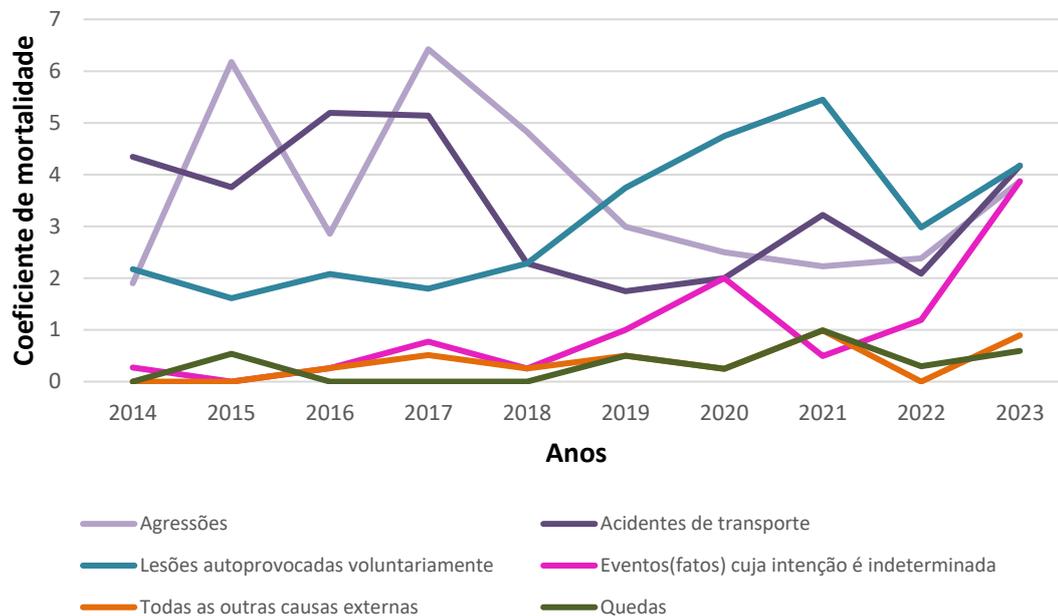
Figura 5. Coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes), segundo capítulo da Cid-10, de mulheres de 40 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas, setembro de 2024.

A análise dos coeficientes de mortalidade por causas externas entre mulheres de 10 a 49 anos em Campinas revela mudanças ao longo dos anos. De 2014 a 2017, as agressões predominavam como a principal causa de óbito por causas externa, mas a partir de 2018, as lesões autoprovocadas passaram a desempenhar um papel mais relevante. O coeficiente para lesões autoprovocadas mostrou um aumento constante, começando em 2,17 em 2014 e alcançando 5,49 em 2021, destacando-se como a principal causa externa de morte nos últimos anos, apesar de uma leve queda em 2022. Em 2023, o coeficiente voltou a subir para 4,17 (Figura 6).

Figura 6. Coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes), de acordo com as principais causas externas, de mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.

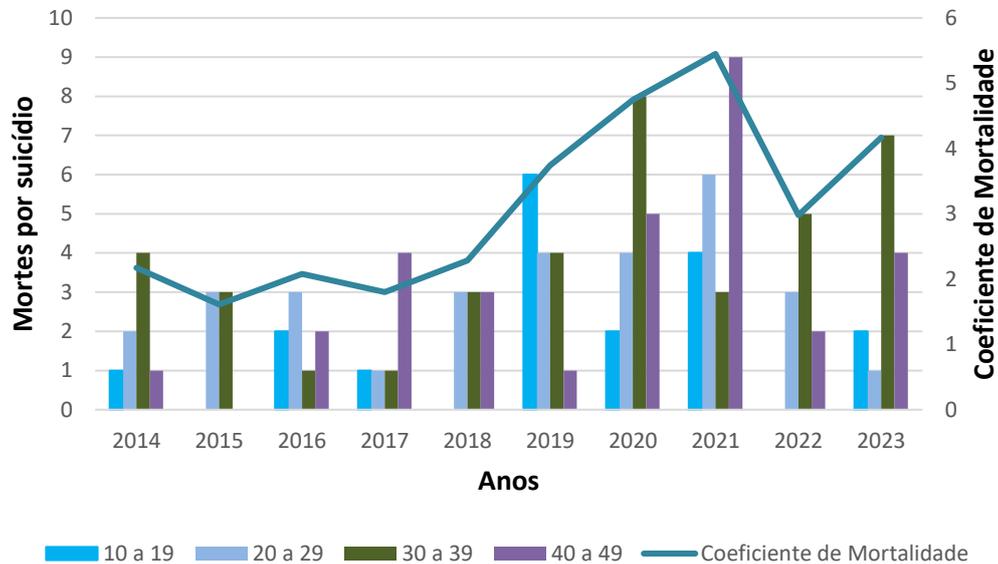


Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas, setembro de 2024.

A distribuição dos óbitos por suicídio entre mulheres em idade fértil apresentou variações expressivas ao longo dos anos e entre diferentes faixas etárias, conforme é possível verificar na figura 7. Na adolescência, observou-se um aumento pontual em determinados períodos, enquanto em outros não houve registros. Entre jovens adultas, os números oscilaram, com um pico notável em um dos anos. Já na faixa dos 30 aos 39 anos, verificou-se um crescimento contínuo, culminando em um período crítico, enquanto entre mulheres de 40 a 49 anos, os registros atingiram seu maior patamar em um momento específico.

Paralelamente, o coeficiente de mortalidade por suicídio demonstrou uma tendência de crescimento desde 2014, alcançando seu ápice em 2021. Esses dados evidenciam o impacto das lesões autoprovocadas na mortalidade feminina e ressaltam a necessidade de estratégias eficazes de prevenção e fortalecimento da rede de cuidado em saúde mental.

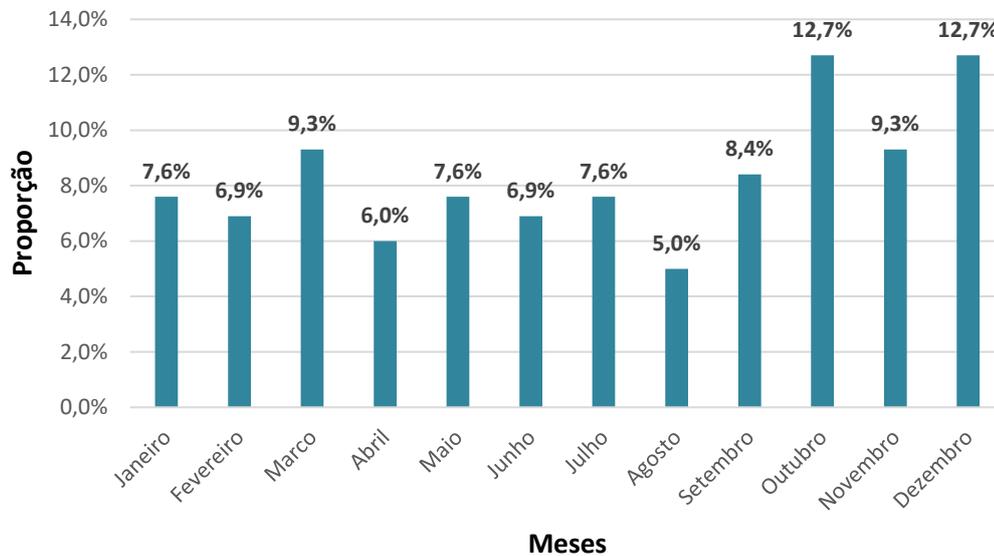
Figura 7. Número absoluto de óbitos por suicídio e coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes), por faixa etária, de mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas, setembro de 2024.

A distribuição proporcional dos óbitos por suicídio entre mulheres em idade fértil ao longo dos meses do ano revela variações marcantes. Os meses de outubro e dezembro registraram as maiores proporções, enquanto agosto apresentou o menor percentual. Observa-se um aumento nos últimos meses do ano, contrastando com períodos de menor ocorrência em determinados meses. Essa distribuição sugere que a concentração dos óbitos não ocorre de maneira uniforme ao longo do ano, indicando padrões sazonais que podem estar associados a diferentes fatores (Figura 8).

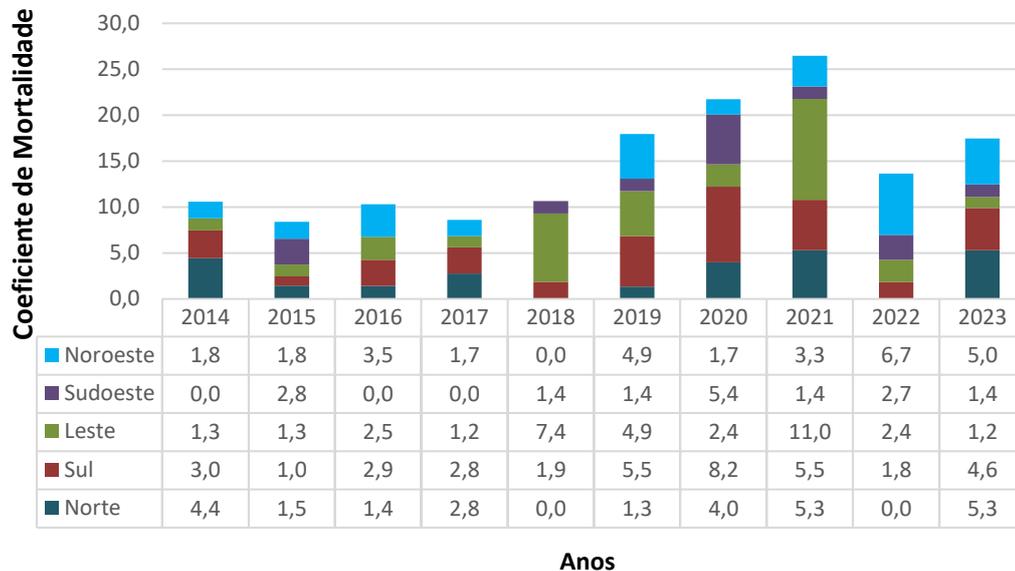
Figura 8. Proporção dos óbitos por suicídio, por mês de ocorrência, de mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas, setembro de 2024.

Quando observado os dados por distrito de residência na Figura 9, observando os coeficientes de mortalidade por distrito entre 2014 e 2023, nota-se que o distrito Leste, apresentou as maiores flutuações de dados, com destaque no pico de 11,0 em 2021, representando um aumento expressivo em relação aos anos anteriores e posteriores. O distrito Sul apresentou aumento no coeficiente de mortalidade até 2020 (8,2), seguido de uma queda nos dois anos seguidos e que apesar da queda, os valores se mantêm relativamente altos. Já o distrito Norte também demonstra flutuações consideráveis, com picos em 2014 (4,4), 2020 (4,0), 2021 (5,3) e 2023 (5,3). O distrito Noroeste teve um aumento gradual do coeficiente, com destaque para 2022 (6,7), indicando o ano com maior taxa de mortalidade por suicídio neste distrito. O distrito Sudoeste, apesar de ter o menor número absoluto de óbitos, apresentou um pico considerável em 2020 (5,4), indicando que, proporcionalmente à sua população, a taxa de suicídio naquele ano foi alta.

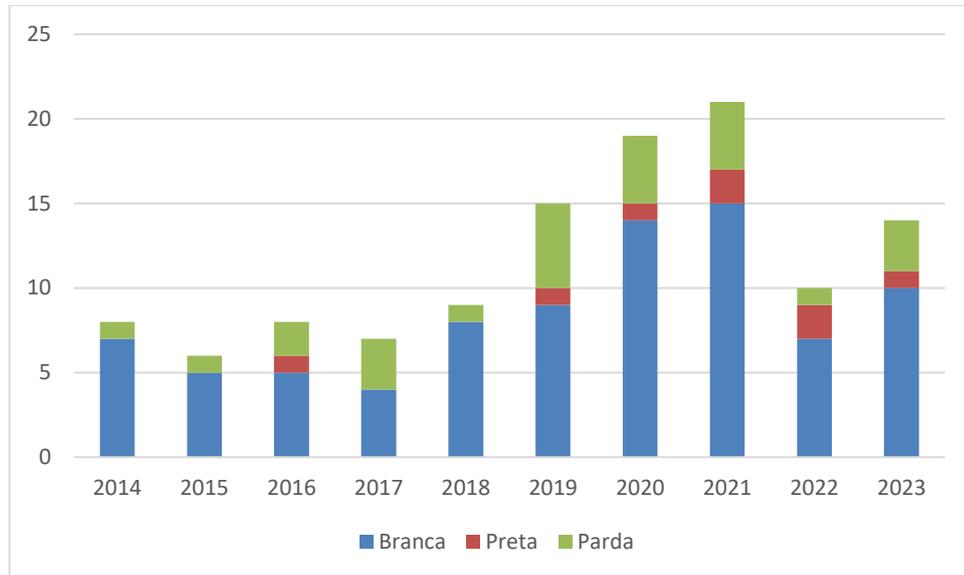
Figura 9. Coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes), por distrito de saúde de residência, de mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas, setembro de 2024.

Nas análises de raça/cor registradas nas declarações de óbito de mulheres em idade fértil, não foi possível calcular o coeficiente de mortalidade por não termos os dados disponibilizados de população por raça cor de mulheres em idade fértil nos anos estudados, contudo em números absolutos foi possível identificar (Figura 10) que as mulheres consideradas brancas representaram a maioria dos óbitos, com um aumento em 2020 (14 óbitos) e 2021 (15 óbitos). As mulheres pardas contabilizaram 25 óbitos, com picos em 2019 (5 óbitos) e 2020 e 2021 (4 óbitos cada). Já as mulheres pretas registraram 8 óbitos, com uma distribuição mais esparsa ao longo dos anos, mas com um leve aumento em 2021 e 2022 (2 óbitos cada). Não foi registrado óbitos por suicídio de outras raças/cores.

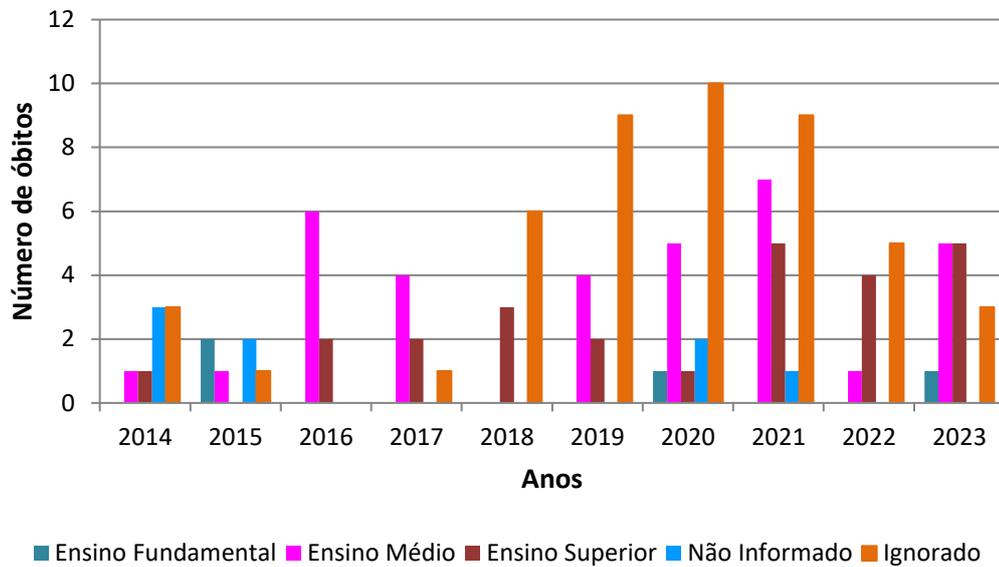
Figura 10. Número de óbitos por suicídio, por raça/cor, de mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas, setembro de 2024.

Na Figura 11 é possível visualizar a distribuição dos óbitos por suicídio entre mulheres em idade fértil, considerando o nível de escolaridade. Onde a maior prevalência ocorre entre mulheres com ensino médio (34 registros) e ensino superior (25 registros). No entanto, a ausência de informação sobre escolaridade em 47 registros representa uma parcela significativa dos dados, superando os números de óbitos registrados para mulheres com ensino médio e superior. Essa alta proporção de valores ignorados pode distorcer a análise, dificultando a identificação de padrões reais na relação entre escolaridade e suicídio. Além disso, compromete a comparabilidade dos dados ao longo do tempo e pode ocultar vulnerabilidades específicas de determinados grupos.

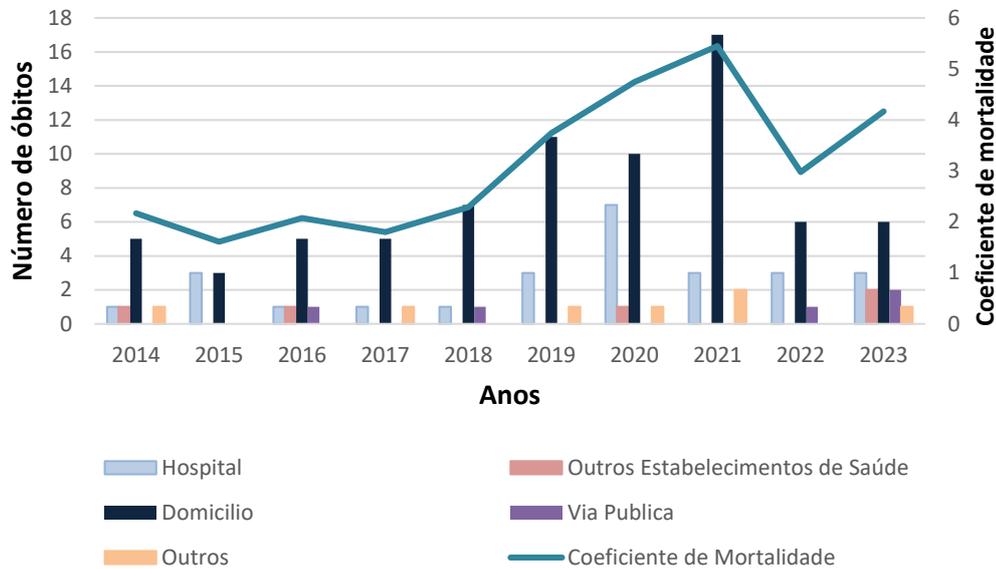
Figura 11. Número absoluto de óbitos por suicídio, por escolaridade, de mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas, setembro de 2024.

Ao analisar o local dos óbitos por suicídio em mulheres em idade fértil ao longo dos anos estudados, pode-se observar que eles ocorreram predominantemente em domicílios, em comparação aos óbitos registrados em outros ambientes, como por exemplo os hospitais. Foi possível observar que nos domicílios, houve um aumento, atingindo um pico em 2021 com 17 óbitos, seguido por uma leve redução nos anos subsequentes (Figura 12).

Figura 12. Número absoluto de óbitos por suicídio e coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes), por local de ocorrência, de mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas, setembro de 2024.

Os óbitos por suicídio em mulheres em idade fértil, conforme os meios utilizados mais frequentes de suicídio registrados de acordo com o CID-10 nas declarações de óbito mostraram que o método mais comum foi o enforcamento (X70), com 62 casos, destacando-se os anos de 2021 (14 óbitos) e 2019 e 2020 (9 óbitos cada). Os suicídios por meios não especificados (X84) totalizaram 16 casos, com um aumento em 2020 (5 óbitos). As lesões autoprovocadas por precipitação de lugar elevado (X80) somaram 15 casos, com picos em 2018 (3 óbitos) e 2022 (4 óbitos). A autointoxicação intencional por drogas, medicamentos ou substâncias biológicas não especificadas (X64) foi registrada em 8 casos, com um aumento em 2023 (3 óbitos). Outros métodos menos frequentes incluíram auto-intoxicação por pesticidas (X68) e produtos químicos nocivos (X69), cada um com 3 casos, e lesões autoprovocadas por armas de fogo (X74), fumaça e chamas (X76), e objetos contundentes (X79), cada um com 2 casos. Métodos raros, com apenas um caso cada, incluíram auto-intoxicação por sedativos (X61), narcóticos (X62), lesões por arma de fogo de mão (X72), objetos cortantes (X78), e precipitação de objetos em movimento (X81) (Tabela 1).

Tabela 1. Óbitos por tipo de suicídio, de acordo com o CID 10, em mulheres de 10 a 49 anos residentes de Campinas-SP, 2014 a 2023.

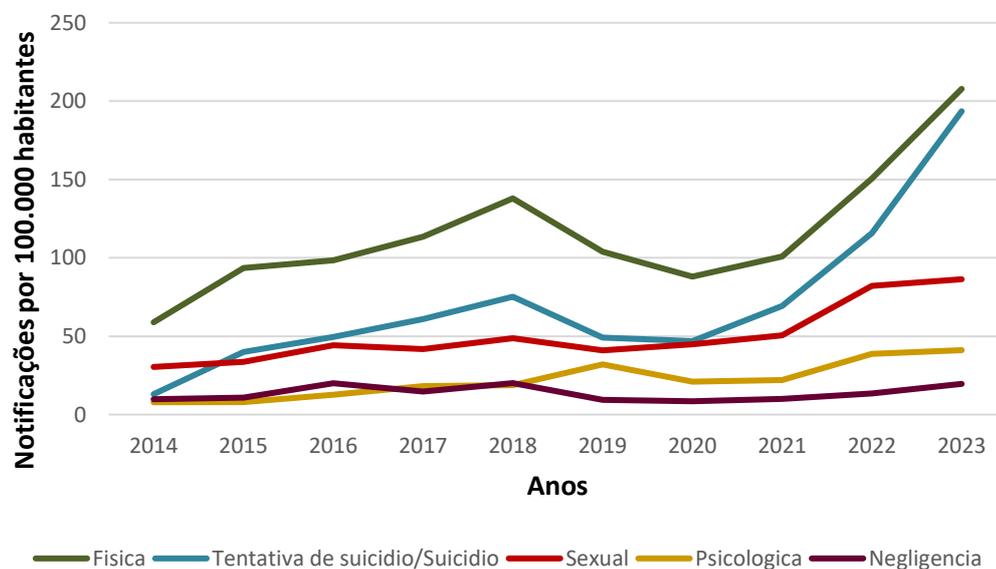
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total	%
X70 Lesão auto provocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação.	7	2	4	5	4	9	8	14	3	6	62	52,5
X84 Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.	1	0	1	0	1	3	5	2	1	2	16	13,5
X80 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado.	0	2	1	1	3	2	1	0	4	1	15	12,7
X64 Autointoxicação por exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas	0	0	2	0	0	0	1	2	0	3	8	6,7
X68 Autointoxicação por exposição intencional a pesticidas	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3	2,5
X69 Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substancias nocivas não especificadas	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	3	2,5
X74 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1,6
X76 Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1,6
X79 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1,6
X61 Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,8
X62 Autointoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,8
X72 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,8
X78 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,8
X81 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,8
Total	8	6	8	7	9	15	19	22	10	14	118	100

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas, setembro de 2024.

6.2 Perfil/ Panorama Tentativas de Suicídio em mulheres em idade fértil. Residentes em Campinas-SP.

Ao longo dos anos analisados, as notificações de violência contra mulheres em idade fértil em Campinas revelaram que a violência física destacou-se como a principal forma de agressão, com um aumento significativo no número de casos notificados. Em 2014, o coeficiente de notificações por 100.000 habitantes era de 58,89, crescendo de forma constante até atingir 207,84 em 2023. Este aumento acentuado ressalta a persistência e a gravidade deste tipo de violência na região (Figura 13). Já as tentativas de suicídio, classificada como uma forma de violência autoprovocada, sendo definida como um ato intencional contra a própria vida que não resulta em óbito, emergiram como a segunda maior causa de notificações desde 2015, refletindo um crescimento alarmante, aumentando de 13 notificações por 100.000 habitantes em 2014 para 193,55 em 2023.

Figura 13. Principais Notificações de Violência contra mulheres (por 100.000 habitantes) de 10 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.

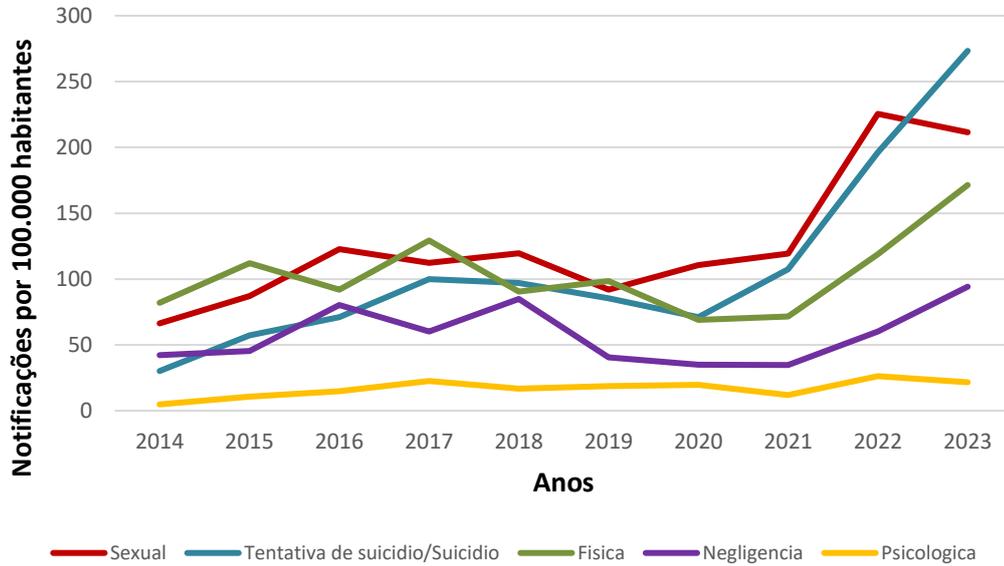


Fonte: Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

A seguir são apresentados os dados relacionados às faixas etárias de 10 em 10 anos, das notificações de violência por 100.000 habitantes, por tipo de violência, sendo possível identificar, que para todas as faixas etárias a tentativa de suicídio se mostrou com aumento progressivo a partir de 2020 e se tornou a primeira causa de notificação de violência no ano de 2022 para as faixas etárias de 10 a 19 anos e de 20 a 29 anos (Figura 14 e Figura 15). Já para as faixas etárias de 30 a 39

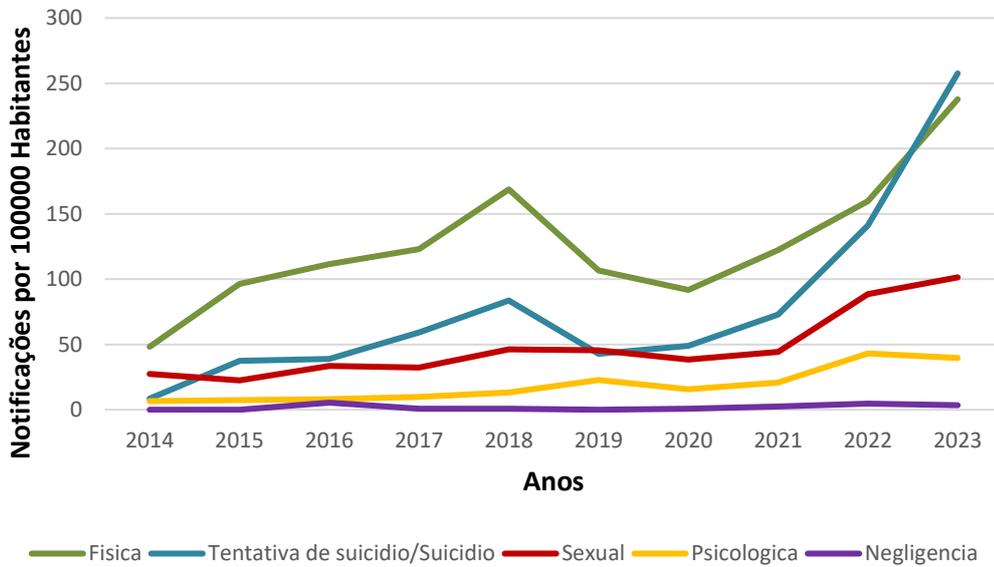
anos e 40 a 49 anos, a partir de 2020 se manteve como a segunda causa de notificação de violência (Figura 16 e Figura 17).

Figura 14. Principais Notificações de Violência (por 100.000 habitantes), de 10 a 19 anos, de mulheres residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



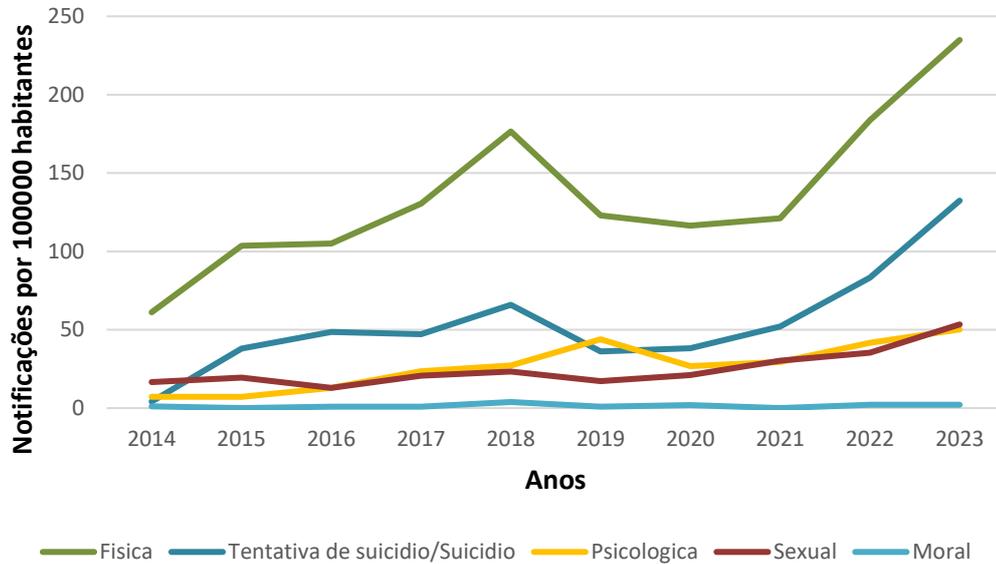
Fonte: Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

Figura 35. Principais Notificações de Violência (por 100.000 habitantes), de 20 a 29 anos, de mulheres residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



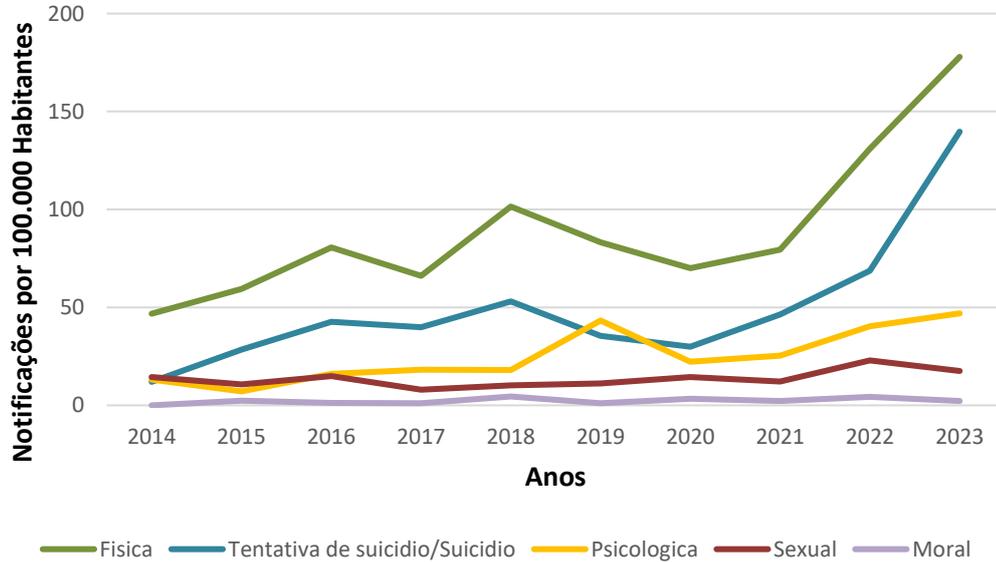
Fonte: Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

Figura 16. Principais Notificações de Violência (por 100.000 habitantes), de 30 a 39 anos, de mulheres residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

Figura 17. Principais Notificações de Violência (por 100.000 habitantes), de 40 a 49 anos, de mulheres residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.

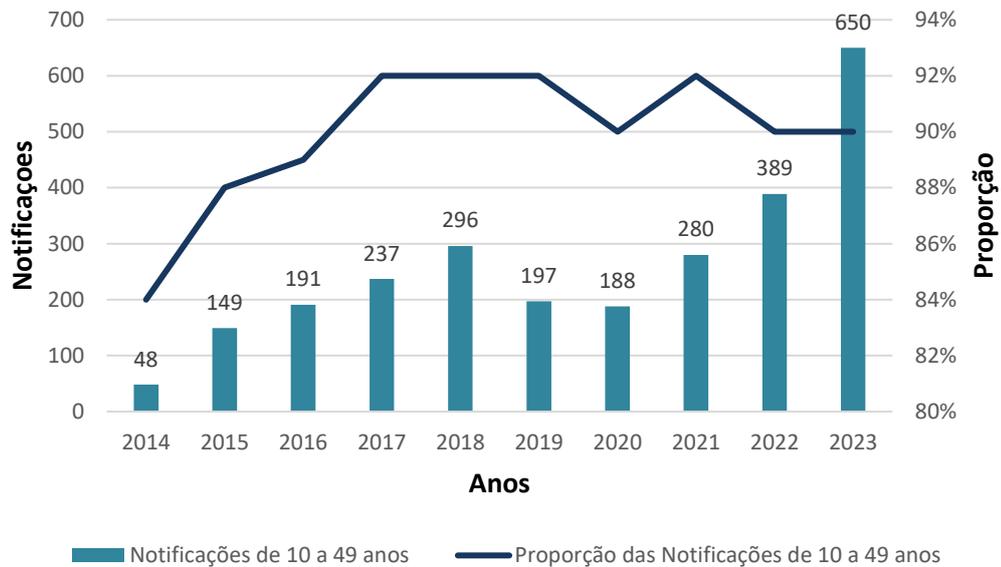


Fonte: Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

A Figura 18 destaca o aumento considerável nas tentativas de suicídio no sexo feminino, totalizando 2908 notificações. O número de notificações cresceu de 57 em 2014 para 723 em 2023, com um aumento acentuado nos últimos anos, especialmente em 2022 (433 notificações) e 2023 (723 notificações). Das 2908

notificações, 2625 foram de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos, representando a maior parte dos casos e demonstrando um aumento constante, passando de 48 notificações em 2014 para 650 em 2023.

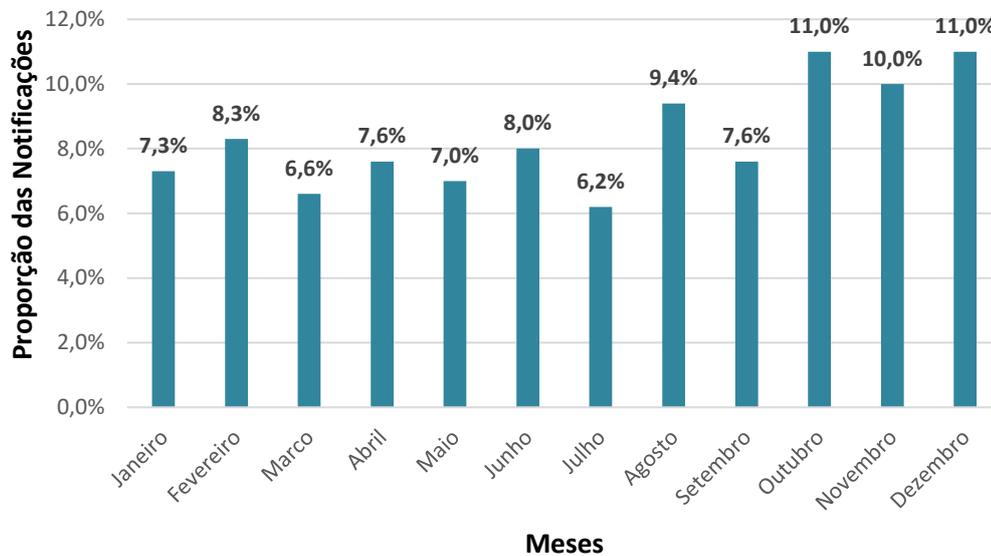
Figura 18. Notificações e proporção de notificações de tentativa de suicídio, de mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

A distribuição das notificações de tentativa de suicídio revela um padrão que se transforma gradualmente, refletindo nuances que podem estar associadas a diferentes fatores sociais, psicológicos e contextuais. Ao analisarmos a proporção das tentativas de suicídio em relação ao total de notificações (Figura 19), no período de dez anos (2014-2023), percebemos que os meses não apresentam uma distribuição uniforme ao longo do ano. Os meses de julho (6,2%) e março (6,6%) apresentam proporções menores quando comparados aos demais períodos do ano. Por outro lado, outubro e dezembro emergem como os meses com as proporções mais elevadas, ambos com 11% das notificações, sugerindo que nesses períodos há um aumento das ocorrências.

Figura 19. Proporção das notificações de tentativas de suicídio, por mês de ocorrência, de mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



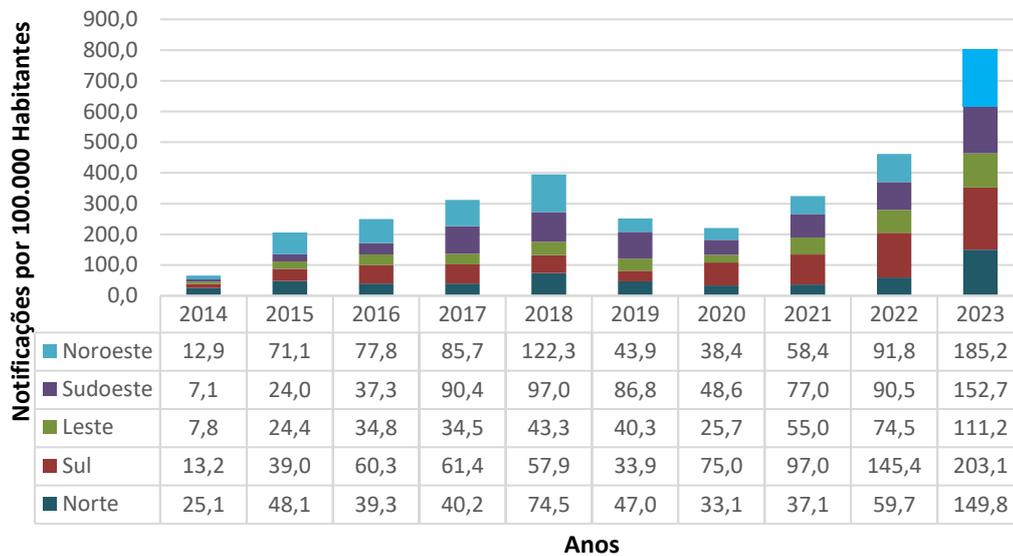
Fonte: Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

Na análise da distribuição das notificações de tentativa de suicídio entre mulheres de 10 a 49 anos nos diferentes distritos (Figura 20), revela uma tendência de crescimento ao longo dos anos, especialmente a partir de 2020. Esse aumento é perceptível em todos os distritos, ainda que em ritmos distintos, indicando possíveis transformações nas dinâmicas locais e na notificação dos casos.

No distrito Norte, por exemplo, observou-se uma elevação significativa, saindo de 33,1 por 100 mil em 2020 para 149,8 em 2023. No distrito Sul, a tendência foi ainda mais marcante, com um crescimento de 75,0 em 2020 para 203,1 em 2023, tornando-se o distrito com a maior taxa registrada nesse período. Já no distrito Leste, houve uma progressão de 25,7 para 111,2 por 100 mil no mesmo intervalo, consolidando também um padrão de elevação.

O distrito Sudoeste, que já havia apresentado oscilações expressivas nos anos anteriores, voltou a registrar um aumento após 2020, saindo de 48,6 para 152,7 em 2023. O distrito Noroeste, que em 2018 havia registrado uma alta taxa de 122,3 por 100 mil, voltou a apresentar crescimento progressivo nos últimos anos, alcançando 185,2 em 2023.

Figura 4. Notificações de tentativa de suicídio em mulheres de 10 a 49 anos por 100.000 habitantes, por distrito de residência de Campinas-SP, 2014 a 2023.



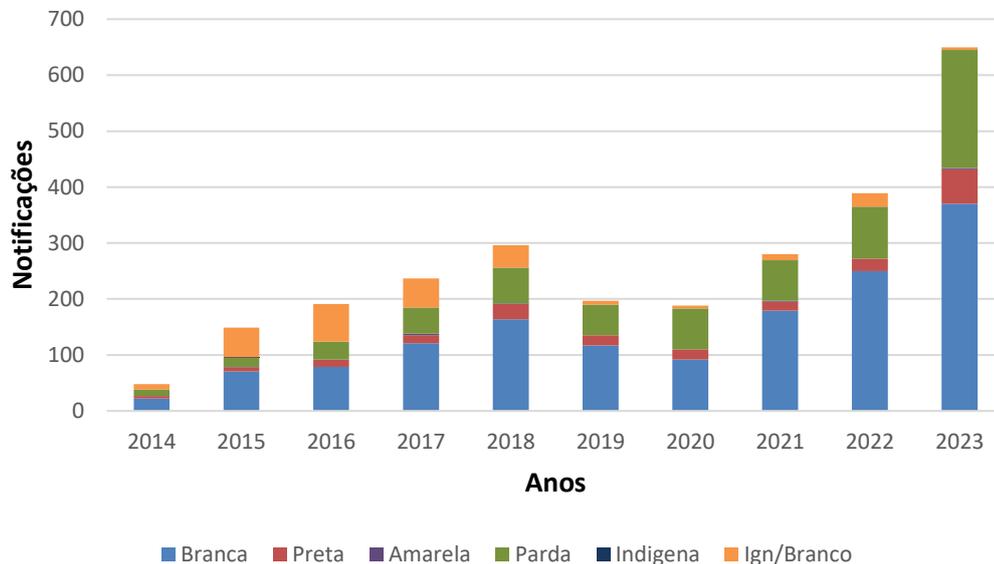
Fonte: Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

Assim como nas análises de mortalidade por raça/cor, não foi possível realizar o cálculo do coeficiente de tentativas de suicídio por 100.000 habitantes, por não termos os dados disponibilizados de população por raça cor de mulheres em idade fértil nos anos estudados. Porém, em números absolutos foi possível identificar (Figura 21) a evolução das notificações de tentativas de suicídio em mulheres em idade fértil ao longo dos anos evidencia não apenas um crescimento geral, mas também mudanças na qualidade das informações registradas. Um aspecto que se destaca é a alta quantidade de registros com raça/cor ignorada ou em branco nos primeiros anos analisados, o que pode indicar desafios na coleta e no preenchimento correto das notificações. Em 2015, por exemplo, foram registradas 53 notificações sem essa informação, número que permaneceu elevado nos anos seguintes, chegando a 67 em 2016 e 52 em 2017.

No entanto, observa-se uma redução progressiva dessa categoria a partir de 2019, com queda significativa nos últimos anos. Em 2020 e 2021, o número de notificações ignoradas foi de apenas 5 e 11, respectivamente, enquanto em 2023 esse valor foi reduzido a 5. Essa diminuição pode estar associada a iniciativas de qualificação e aprimoramento do preenchimento das notificações, refletindo um esforço para melhorar a qualidade dos dados e proporcionar uma visão mais detalhada do perfil das mulheres afetadas.

Entre os grupos com dados mais detalhados, as mulheres brancas representam a maioria dos registros (1465 no total), com um crescimento expressivo a partir de 2020, alcançando 370 notificações em 2023. As mulheres pardas, que totalizam 674 casos, também apresentam tendência de aumento, especialmente em 2023, quando atingiram 211 notificações. As mulheres pretas, embora em menor número absoluto (201), também registraram um crescimento relevante, passando de 22 em 2022 para 62 em 2023. Os dados referentes às mulheres indígenas e amarelas permanecem escassos, dificultando uma análise mais detalhada sobre esses grupos.

Figura 5. Notificações por tentativa de suicídio, em mulheres de 10 a 49 anos, residentes de Campinas-SP, por raça/cor, 2014 a 2023.



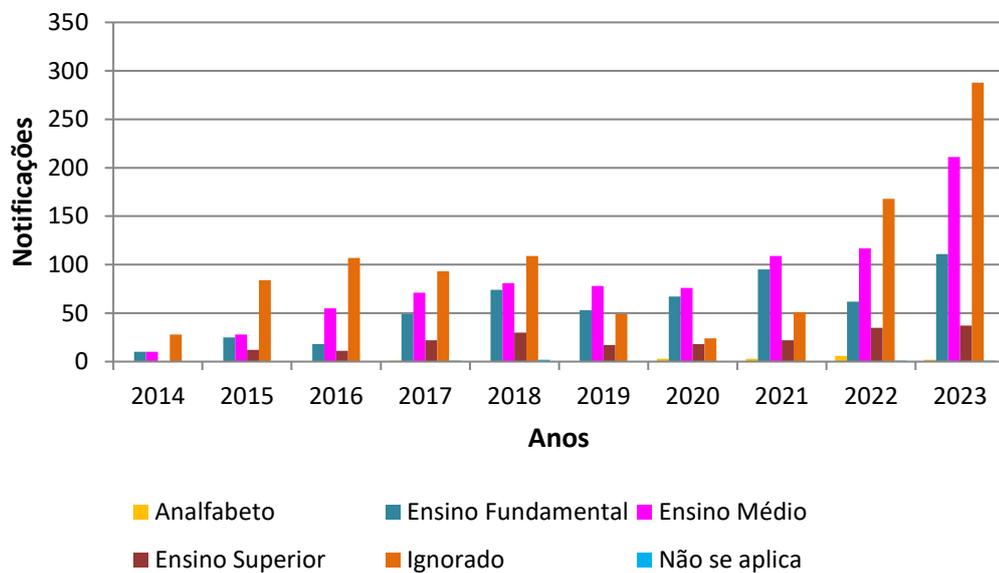
Fonte: Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

Ao se analisar o comportamento das notificações de tentativa de suicídio em mulheres em idade fértil por grau de escolaridade, na Figura 22, foi possível identificar que o maior número de notificações ao longo dos anos ocorreu entre mulheres com ensino médio, com 836 notificações de tentativas de suicídio no total. Este grupo se destaca com um crescimento constante desde 2014, atingindo 211 casos em 2023, o que representa um aumento de 177,6% em relação a 2020.

Mulheres com ensino fundamental apresentaram 564 notificações, com aumento progressivo, atingindo 111 casos em 2023, um crescimento de 65,7% em comparação a 2020. Foi possível verificar um aumento no registro de notificações de suicídio entre mulheres com educação superior completa, com um crescimento marcante de 18 casos em 2020 para 37 em 2023, representando uma elevação de

105,6%. Destaca-se o número elevado de registros ignorados em relação à escolaridade, apresentando um total de 1.001 notificações de tentativas de suicídio no período. Esse grupo registrou um aumento expressivo, passando de 24 casos em 2020 para 288 em 2023, o que equivale a um crescimento de 1100%. Esse aumento pode estar relacionado a dificuldades na coleta e no preenchimento adequado dos dados, reforçando a importância de estratégias para qualificação das informações notificadas.

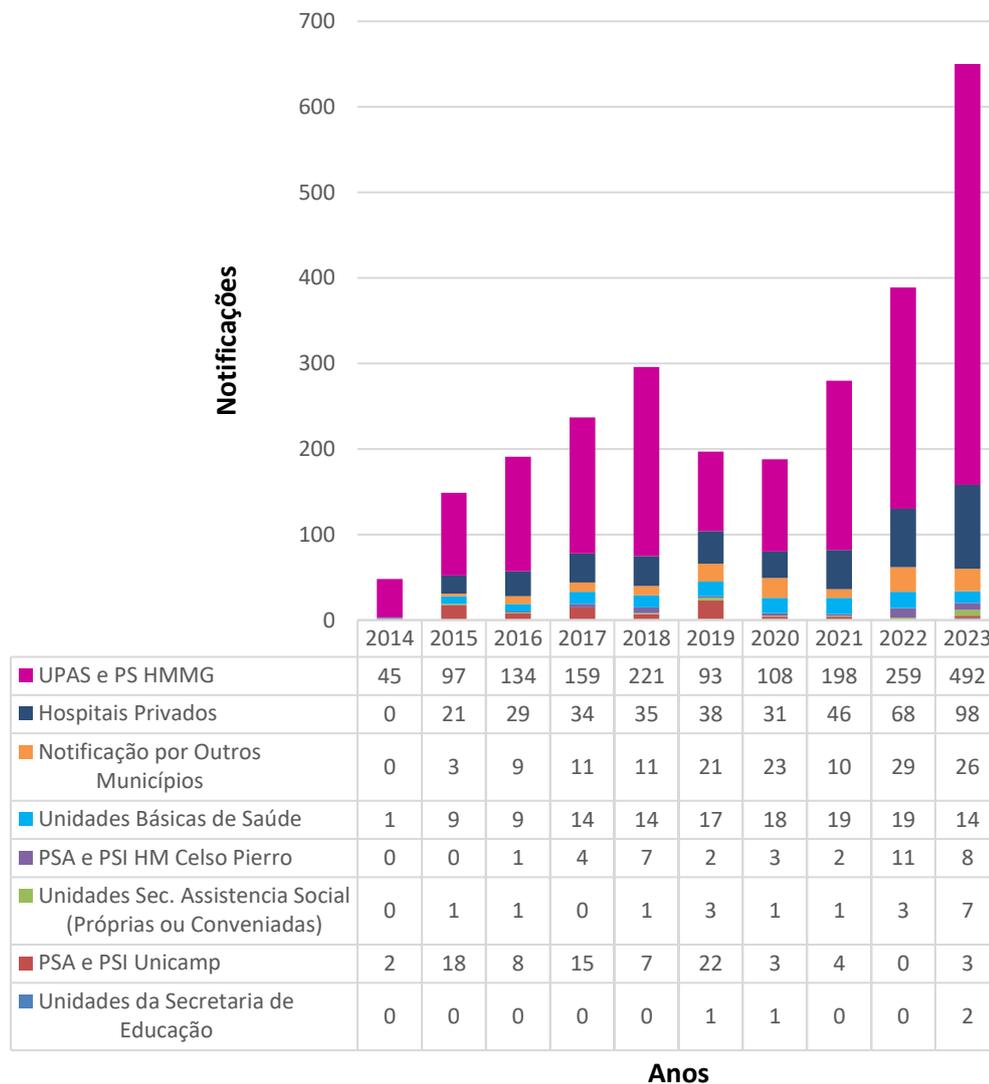
Figura 22. Notificações por tentativa de suicídio, por escolaridade, de mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

Ao identificar o local em que as tentativas de suicídio foram notificadas, foi possível verificar que as unidades de saúde, com destaque para os prontos-socorros e unidades de pronto atendimento foram os serviços que mais notificaram, podendo ser considerados como portas de entrada e muitas vezes o único recurso de atendimento e intervenção para essas mulheres (Figura 23).

Figura 6. Notificações de tentativa de suicídio, por local de notificação, de mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

Considerando o meio de tentativas de suicídio ao longo dos anos, é possível observar na Tabela 2 uma predominância dos métodos relacionados à auto-intoxicação e uso de substâncias. O código CID-10 X64, que abrange a auto-intoxicação intencional com drogas e medicamentos, foi o mais frequente, com 908 notificações. O código X61, relacionado à auto-intoxicação com substâncias psicotrópicas, também apresentou um número significativo de 525 registros. Outros métodos utilizados incluem lesões autoprovocadas com objetos cortantes (X78), com 274 casos, além da auto-intoxicação intencional por pesticidas (X68) e enforcamento (X70), que tiveram 92 e 61 notificações, respectivamente.

Tabela 2. Notificações de tentativa de suicídio, por tipo de suicídio de acordo com o CID-10, de mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total	%
X64 Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e as não especificadas.	34	111	72	77	101	84	65	124	53	187	908	34,6
X61 Autointoxicação intencional por drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte.	0	2	56	58	77	6	35	42	165	84	525	20
X78 lesões autoprovocadas intencionalmente por objetos cortantes ou penetrantes.	6	3	15	37	21	18	14	37	45	78	274	10,4
X63 Autointoxicação intencional por substâncias farmacológicas que atuam no sistema nervoso autônomo.	0	1	0	5	25	51	11	0	7	144	244	9,3
X60 Autointoxicação intencional por exposição ou contato com analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos não-opioides.	0	4	15	23	12	5	17	10	22	11	119	4,5
X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente por meios não especificados.	0	3	1	1	7	6	9	5	38	47	117	4,5
X80 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado.	2	4	1	7	8	3	9	23	16	36	109	4,1
X68 Autointoxicação ou exposição intencional a pesticidas.	0	7	12	8	20	4	3	17	13	8	92	3,5
X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento ou sufocação.	1	1	5	7	7	7	5	7	8	13	61	2,3
X69 Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas.	1	12	1	0	2	6	6	3	1	8	40	1,5
X82 Lesões autoprovocadas intencionalmente por impacto de um veículo a motor.	1	0	2	1	2	1	5	6	3	12	33	1,3
X62 Autointoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos não classificados em outra parte.	0	0	2	2	3	1	0	2	3	8	21	0,8
X66 Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogêneos e seus vapores.	0	1	4	3	2	1	1	0	0	1	13	0,5
X81 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento.	0	0	0	2	4	1	2	0	2	1	12	0,5
X77 Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes.	0	0	0	1	0	0	0	1	5	3	10	0,4
X83 Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados.	0	0	0	1	1	2	3	1	1	0	9	0,4
X79 Lesão autoprovocada intencionalmente por um objeto contundente.	0	0	2	0	1	0	1	0	1	3	8	0,3
X65 Autointoxicação voluntária por álcool.	0	0	0	0	0	0	1	1	4	1	7	0,3
X76 Lesão autoprovocada intencionalmente por fumaça, fogo ou chamas.	0	0	1	1	2	0	1	1	1	0	7	0,3
X67 Autointoxicação intencional por outros gases e vapores.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	4	0,2
X74 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada.	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,1
X71 Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0,1
X72 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0,1
Total	48	149	189	236	295	197	188	280	388	650	2620	100

Fonte: Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

6.3 Produto Técnico

A seguir se encontra o produto técnico na forma de um boletim epidemiológico que possui objetivo sintetizar e apresentar os dados de forma clara e objetiva, para subsidiar ações e políticas de saúde no município.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO
SUICÍDIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO – MULHERES EM IDADE FÉRTIL – 2014 A 2023

Campinas, fevereiro de 2025.

Análise Descritiva dos Óbitos por Suicídio e Tentativas de Suicídio em Mulheres em Idade Fértil no Município de Campinas-SP (2014-2023)

Este boletim epidemiológico apresenta uma análise descritiva dos óbitos por suicídio de mulheres residentes no município de Campinas-SP, com idades entre 10 a 49 anos, faixa etária que corresponde segundo o Ministério da Saúde, à definição de mulheres em idade fértil. O estudo abrange o período de 2014 a 2023, utilizando dados secundários do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Foi realizada a comparação com o mesmo recorte de faixa etária e período das notificações de tentativas de suicídio, realizadas através do Sistema de Notificação de Violências (Sisnov/Sinan).

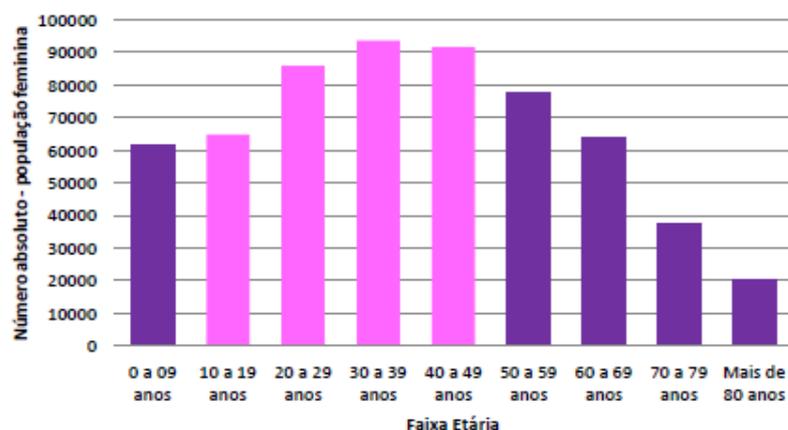
O aumento da mortalidade por suicídio nos últimos anos evidencia a necessidade de uma investigação aprofundada, para subsidiar a formulação e a implementação de políticas públicas mais eficazes. Essas ações visam de maneira integrada e estratégica para o enfrentamento desse problema crescente de saúde pública, promovendo intervenções preventivas e assistenciais direcionadas às necessidades dessa população vulnerável.

Dados Epidemiológicos Campinas

O município de Campinas, situado no interior do estado de São Paulo, na região Sudeste do Brasil, abrange uma área de 794,571 km². Segundo dados do censo demográfico de 2022, conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do município é de 1.139.047 habitantes (IBGE, 2022).

A população feminina do município é de 564.534 mulheres, correspondendo à maioria da população, sendo que 335.831 delas estão na faixa etária de 10 a 49 anos (59,4% das mulheres) (Figura 1).

Figura 1. Distribuição da população feminina por faixa etária, Campinas 2022.



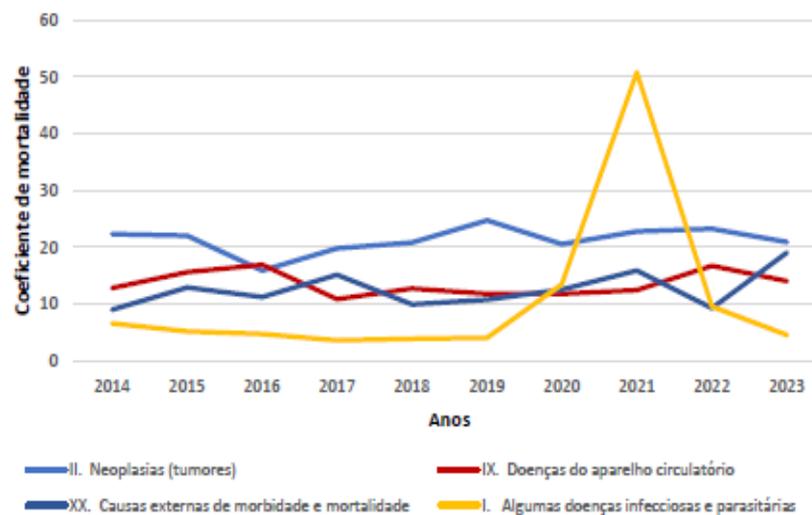
Fonte: IBGE, 2022.

MORTALIDADE POR LESÃO AUTOPROVOCADA E PANORAMA DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL, RESIDENTE EM CAMPINAS-SP, 2014 A 2023.

No Brasil, o perfil de morbimortalidade das mulheres é marcado por uma combinação de fatores típicos de países desenvolvidos e subdesenvolvidos, como alta incidência de doenças cardiovasculares, mortalidade materna elevada e desnutrição (BRASIL, 2004). Além disso, as causas externas, como homicídios e suicídios, surgem como uma das principais causas de morte, especialmente entre mulheres jovens (SANTANA et al., 2021).

No município de Campinas, as causas externas representaram uma das principais causas de óbitos entre mulheres de 10 a 49 anos entre os anos de 2014 a 2023. Em 2014, o coeficiente de mortalidade correspondeu a 8,96 óbitos por 100.000 mulheres em idade fértil, com um aumento gradual até atingir 15,16 em 2017. Em 2018, houve uma queda para 9,90, seguida de um aumento novamente nos anos seguintes, alcançando 19,06 em 2023. Durante esse período, as neoplasias e as doenças do aparelho circulatório apresentaram flutuações menores, com as primeiras variando entre 15,83 e 24,71, e as últimas entre 10,79 e 16,68. Destaca-se o impacto da pandemia de COVID-19, especialmente em 2021, quando as mortes por doenças infecciosas e parasitárias subiram de 3,99 mortes por 100.000 mulheres em idade fértil em 2019 para 50,77, refletindo o impacto da doença e a sobrecarga dos sistemas de saúde (Figura 2).

Figura 2. Coeficiente de mortalidade de mulheres por 100.000 habitantes de 10 a 49 anos residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: SIM - Tabnet/Campinas.

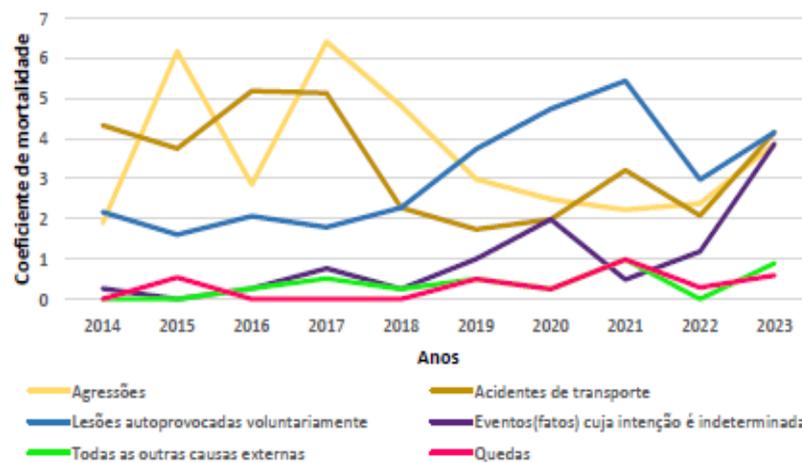
A análise dos coeficientes de mortalidade por causas externas entre mulheres de 10 a 49 anos em Campinas revela mudanças significativas ao longo dos anos. De 2014 a 2017, as agressões predominavam como a principal causa externa de óbito, mas a partir de 2018, as lesões autoprovocadas passaram a desempenhar

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

SUICÍDIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO – MULHERES EM IDADE FÉRTIL – 2014 A 2023

um papel mais relevante. O coeficiente para lesões autoprovocadas mostrou um aumento constante, sendo de 2,17 em 2014 e alcançando 5,49 em 2021, destacando-se como a principal causa externa de morte nos últimos anos, apesar de uma leve queda em 2022. Em 2023, o coeficiente voltou a subir para 4,17. Essa tendência sugere uma crescente preocupação com questões relacionadas à saúde mental e a necessidade de intervenções eficazes para prevenir essas mortes (Figura 3).

Figura 3. Coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes, de acordo com as principais causas de óbito, de mulheres de 10 a 49 anos residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: SIM - Tabnet/Campinas.

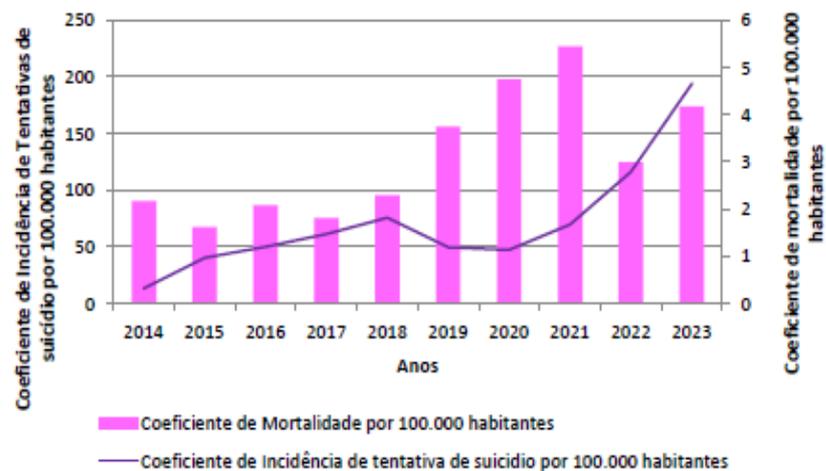
Considera-se o comportamento suicida como qualquer ato em que um indivíduo causa lesão a si mesmo, independentemente do grau de intenção letal ou do entendimento do motivo por trás do ato (ABASSE, 2007). Abrangendo uma série de ações autodestrutivas que variam em grau de intenção letal e reconhecimento do motivo real por trás dessas ações, que vai desde pensamentos de autodestruição até tentativas de suicídio e o próprio suicídio, evidenciando a complexidade e a sobreposição desses comportamentos (Botega et al., 2005).

Foi possível verificar na Figura 4 um aumento nas taxas de mortalidade por suicídio e nas tentativas de suicídio entre mulheres em idade fértil no município de Campinas, que refletem tendências observadas tanto nacional quanto internacionalmente. Silva e Marcolan (2022) destacam que o Brasil tem vivenciado um aumento significativo nas taxas de mortalidade por suicídio em várias regiões, reforçando a relevância dos dados locais.

As notificações de tentativas de suicídio subiram de 13 por 100.000 habitantes em 2014 para expressivos 193,55 em 2023. Este aumento reflete o "paradoxo do suicídio", onde as mulheres apresentam maior

incidência de tentativas de suicídio, apesar de menores taxas de mortalidade em relação aos homens. Essa discrepância sublinha a necessidade de considerar desigualdades de gênero e violência específica enfrentada pelas mulheres como fatores contribuintes, corroborando a urgência de políticas públicas direcionadas à saúde mental feminina.

Figura 4. Óbitos por suicídio e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes e notificações de tentativas de suicídio por 100.000 habitantes, em mulheres de 10 a 49 anos residentes de Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas e Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

Os achados indicam um aumento significativo tanto nos óbitos quanto nas tentativas de suicídio em mulheres em idade fértil a partir de 2020, coincidindo com o início da pandemia de Covid-19. Esse fenômeno sugere que a crise sanitária global e seus desdobramentos socioeconômicos tiveram um impacto negativo na saúde mental dessa população.

Dentre os fatores que ajudam a compreender esse aumento, destacam-se a intensificação da sobrecarga emocional e mental, especialmente para mulheres que acumularam responsabilidades profissionais, domésticas e de cuidado. O crescimento da violência doméstica durante o isolamento social também se tornou um fator agravante, dificultando a busca por ajuda e aumentando a vulnerabilidade psicológica.

Além disso, a pandemia gerou maior instabilidade financeira, com aumento do desemprego e da insegurança econômica, fatores que podem ter ampliado o sofrimento psíquico. A redução do acesso aos serviços de saúde mental, seja pela sobrecarga do sistema de saúde ou por barreiras sociais e estigmas, pode ter dificultado diagnósticos e intervenções precoces.

Outro aspecto relevante é o aumento do uso de substâncias psicoativas, como álcool e medicamentos psicotrópicos, associado a quadros de ansiedade e depressão. Essa combinação pode ter contribuído para o crescimento das tentativas de suicídio por intoxicação.

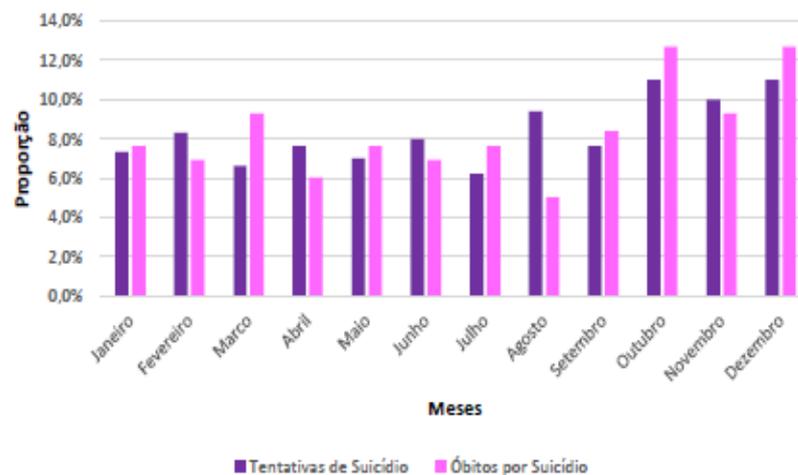
BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

SUICÍDIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO – MULHERES EM IDADE FÉRTIL – 2014 A 2023

A literatura aponta que essas múltiplas dinâmicas interligadas intensificaram as vulnerabilidades já existentes, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e cuidado voltadas à saúde mental das mulheres, com foco na ampliação do acesso aos serviços de suporte e na mitigação dos fatores sociais e econômicos que impactam seu bem-estar.

Sobre padrão de sazonalidade, tanto as tentativas de suicídio e os suicídios apresentaram variações, com alguns meses em destaque, sendo outubro e dezembro os meses com maior número de óbitos por suicídio e notificações por tentativas de suicídio. Com destaque nas tentativas de suicídio nos últimos anos da pesquisa (2021, 2022 e 2023) para e novembro e dezembro como os meses com maiores notificações. (Figura 5)

Figura 5. Proporção de Óbitos por suicídio e notificações de tentativas de suicídio em mulheres de 10 a 49 anos, por mês de ocorrência. Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas e Sinov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

A análise dos dados de mortalidade e tentativas de suicídio entre mulheres em idade fértil de 2014 a 2023 em Campinas revela padrões significativos entre os distritos, com destaque para a complexidade do fenômeno suicida, que se manifesta nas variações das taxas de mortalidade e tentativas de suicídio, influenciadas por fatores socioeconômicos, acesso a serviços e características populacionais. Distritos com maior vulnerabilidade social podem apresentar maior incidência, refletindo desigualdades no acesso à saúde mental e na exposição a fatores de risco, como desemprego e violência de gênero. Além disso, a pandemia de Covid-19 intensificou essas disparidades, impactando os territórios de maneira distinta. Essas diferenças ressaltam a necessidade de estratégias de prevenção e cuidado adaptadas às especificidades locais, garantindo maior equidade no enfrentamento do suicídio.

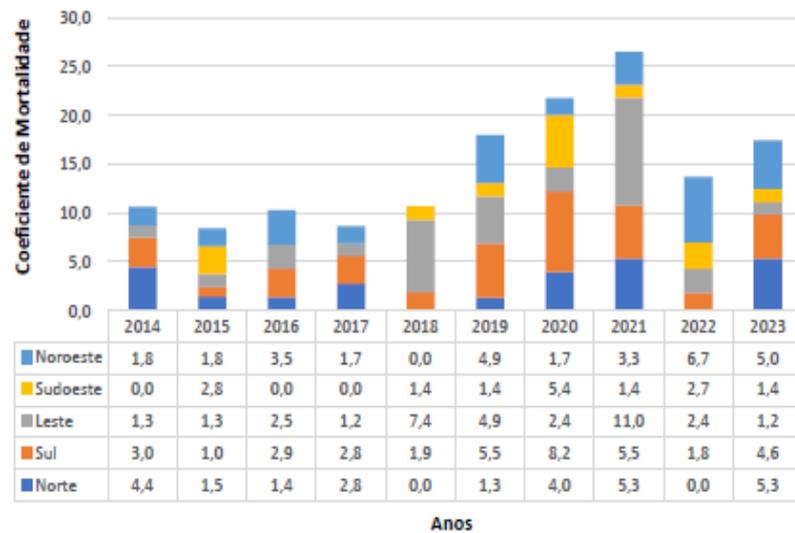
O distrito Leste, embora não apresente o maior número absoluto de óbitos, destaca-se por suas flutuações nos coeficientes de mortalidade, com picos significativos em 2018 e 2021 (Figura 6). Paralelamente, as

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

SUICÍDIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO – MULHERES EM IDADE FÉRTIL – 2014 A 2023

tentativas de suicídio também mostram um crescimento gradual, indicando uma vulnerabilidade que requer atenção especial. Já o distrito Sul, com o maior número absoluto de óbitos, apresenta uma tendência de aumento no coeficiente de mortalidade até 2020, seguido de uma queda (Figura 7).

Figura 6. Coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes, por distrito de residência, em mulheres de 10 a 49 anos. Campinas-SP, 2014 a 2023.

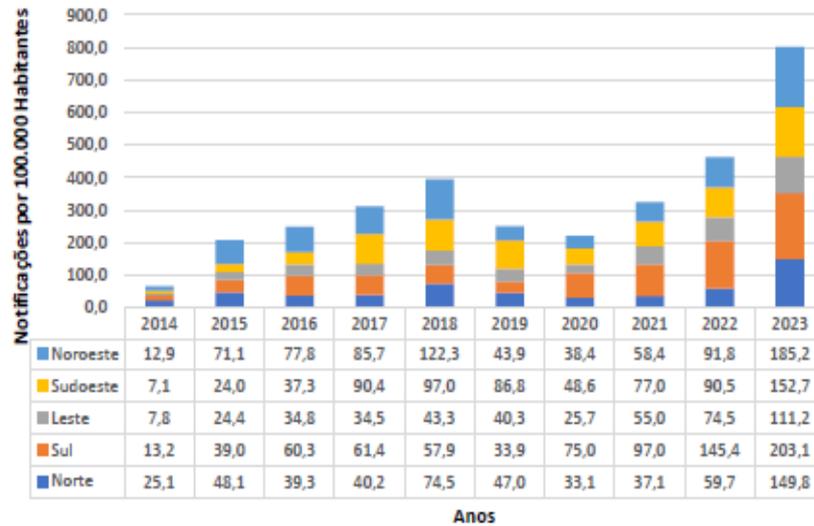


Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas, setembro de 2024.

Já as notificações de tentativas de suicídio por 100.000 habitantes por distrito apresentaram algumas variações ao longo dos anos, sendo possível visualizar na Figura 7, que no distrito Norte, a taxa variou de 25,1 por 100 mil em 2014, atingindo um pico de 74,5 em 2018, antes de diminuir para 47,0 em 2019. O distrito Sul observou um aumento de 13,2 por 100 mil em 2014 para 60,3 em 2016, seguido por uma queda para 33,9 em 2019. No distrito Leste, houve um crescimento gradual, de 7,8 para 40,3 por 100 mil no mesmo período. O distrito Sudoeste apresentou a maior variação, com uma taxa de 7,1 em 2014, subindo abruptamente para 97,0 em 2018 e depois reduzindo para 86,8 em 2019. O distrito Noroeste também registrou uma alta taxa, chegando a 122,3 por 100 mil em 2018, após iniciar em 12,9 em 2014, e finalizando em 43,9 em 2019.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO
SUICÍDIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO – MULHERES EM IDADE FÉRTIL – 2014 A 2023

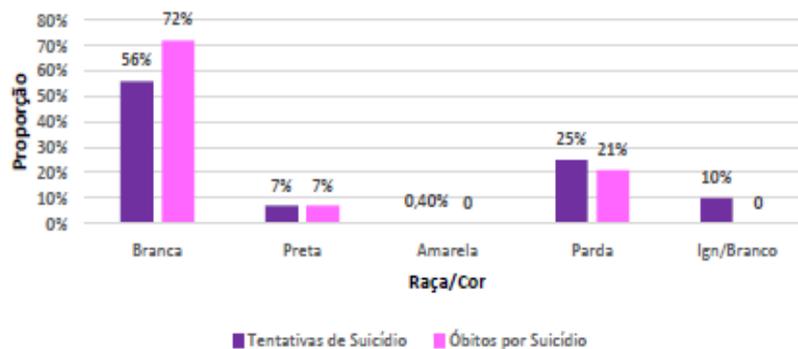
Figura 7. Coeficiente de Notificações de tentativa de suicídio por 100.000 habitantes, por distrito de residência, de mulheres de 10 a 49 anos, em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

Quanto aos dados de raça/cor relacionados aos casos de tentativas e óbitos por suicídio de mulheres entre 2014 a 2023, observa-se na Figura 8 que as mulheres brancas constituem a maioria dos registros, com 84 óbitos e 1465 tentativas, seguidas pelas mulheres pardas, com 25 óbitos e 674 notificações, e pelas mulheres pretas, com 8 óbitos e 201 notificações. Esse padrão pode estar parcialmente associado à composição demográfica da população de Campinas, onde, segundo o IBGE, a maioria dos habitantes se autodeclara branca. Essa predominância demográfica pode influenciar diretamente o número absoluto de notificações, uma vez que reflete a distribuição populacional da cidade.

Figura 8. Proporção das notificações de tentativas de suicídio e óbitos por suicídio em mulheres de 10 a 49 anos, residentes de Campinas-SP, por raça/cor, 2014 a 2023.



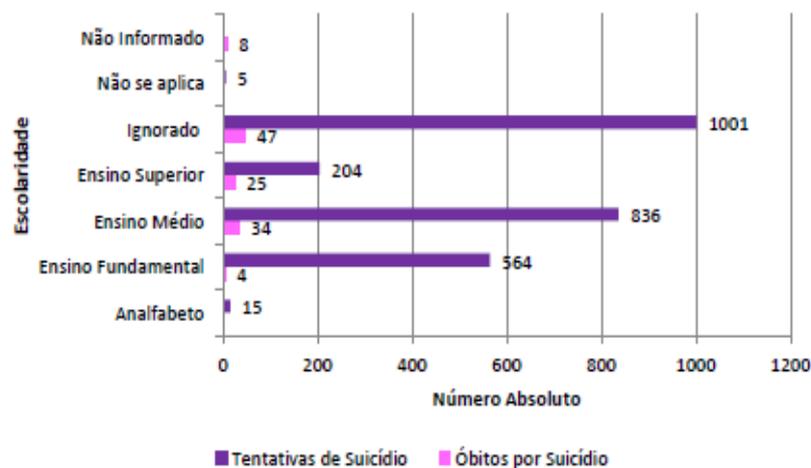
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas e Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

SUICÍDIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO – MULHERES EM IDADE FÉRTIL – 2014 A 2023

Em relação à distribuição por escolaridade, existe uma semelhança entre óbitos por suicídio e tentativas de suicídio, como observado na Figura 9, sendo a maioria dos registros referentes a mulheres com ensino médio. No entanto, a alta frequência de registros como "ignorado" ressalta a necessidade urgente de melhorar a precisão na coleta de dados sobre anos de estudo, o que é crucial para o desenvolvimento de intervenções educacionais e de saúde mental mais eficaz, especialmente para mulheres com níveis de educação intermediários e superiores.

Figura 9. Notificações de Tentativas de suicídio e Óbitos por suicídio em mulheres de 10 a 49 anos, residentes de Campinas-SP, por escolaridade, 2014 a 2023.

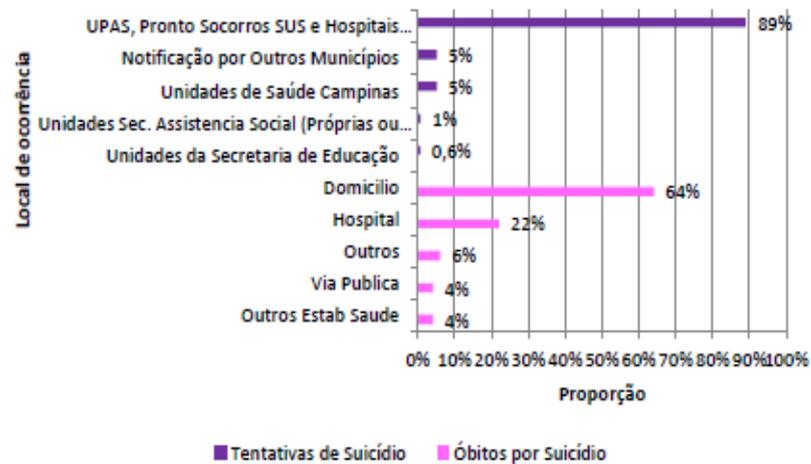


Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas e Sinov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

Para apresentar os resultados sobre o local do óbito e a notificação de tentativas de suicídio, bem como os métodos utilizados, optou-se por apresentá-los de maneira integrada, uma vez que a gravidade da lesão pode influenciar a possibilidade de recurso de atendimento. Os achados deste estudo revelam que os óbitos por suicídio ocorreram predominantemente em domicílio, enquanto as tentativas de suicídio foram majoritariamente notificadas em unidades de saúde, como pronto-socorros e unidades de pronto atendimento, representando mais de 80% das notificações (Figura 10). Essa distinção sugere que a letalidade dos métodos utilizados em suicídios consumados, como o enforcamento, pode limitar o acesso a cuidados em tempo hábil, conforme discutido por Botega (2014). Ele ressalta a importância de considerar a letalidade dos métodos em contraposição à rapidez e eficácia do socorro disponível.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO
SUICÍDIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO – MULHERES EM IDADE FÉRTIL – 2014 A 2023

Figura 10. Proporção das notificações de Tentativas de suicídio e Óbitos por suicídio, por local de ocorrência, de mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Campinas-SP, 2014 a 2023.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas e Sinov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

Em relação ao método das tentativas de suicídio, é possível verificar na TABELA 1, que a autointoxicação por drogas ou substâncias biológicas foi o método mais comum, com 908 notificações, representando 60% de todas as tentativas registradas. Esse padrão está em linha com as observações de Oliveira et al. (2020), que destacam a prevalência da intoxicação como método preferido, especialmente entre mulheres, refletindo uma tendência observada em várias regiões do Brasil. Teixeira et al. (2020) também relataram que o envenenamento foi o método mais comum nas tentativas, enquanto o enforcamento predominou nos casos fatais, destacando a complexidade dos comportamentos suicidas e as diferentes formas de execução do ato. Rosa et al. (2016) observaram diferenças significativas nos métodos utilizados para tentativas e suicídios consumados, com o enforcamento destacando-se como o método mais utilizado nos suicídios consumados, representando 70,8% dos casos desse estudo. Esse dado reforça a necessidade de abordagens diferenciadas nas estratégias de prevenção e intervenção. Bezerra (2024) enfatiza a predominância de métodos letais como o envenenamento e o uso de armas de fogo nas tentativas de suicídio, destacando a urgência de intervenções eficazes diante da gravidade do problema.

Tabela 1. Proporção das principais causas de óbitos por suicídio, de acordo com o CID 10, em mulheres de 10 a 49 anos. Campinas-SP, 2014 a 2023.

Principais tipos de suicídio, de acordo com o CID 10	Total	%
X70 Lesão auto provocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação.	62	62,5
X84 Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.	16	13,8
X80 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado.	15	12,7
X84 Autointoxicação por exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas	8	6,7
X88 Autointoxicação por exposição intencional a pesticidas	3	2,5
X89 Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	3	2,5
X74 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	2	1,8
X76 Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	2	1,8
X79 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente	2	1,8

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Campinas, setembro de 2024.

A análise dos métodos utilizados revela a influência de fatores culturais, sociais e individuais. Botega (2014) discute como a escolha dos meios para o suicídio varia consideravelmente, influenciada por fatores como cultura e acesso aos meios. No Brasil, o enforcamento e o envenenamento são métodos frequentemente utilizados, com a própria casa sendo o cenário mais comum para esses atos, o que corrobora a letalidade dos métodos e as dificuldades de acesso imediato a cuidados.

Na mortalidade por suicídio o enforcamento destaca-se como o método mais utilizado (Tabela 2) o que reforça a necessidade de abordagens diferenciadas nas estratégias de prevenção e intervenção.

Tabela 2. Proporção das principais causas das notificações de tentativas de suicídio por tipo de suicídio, de acordo com o CID 10, em mulheres de 10 a 49 anos. Campinas-SP, 2014 a 2023.

Principais tipos de tentativas de suicídio, de acordo com o CID 10	Total	%
X84 Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e as não especificadas.	908	34,6
X61 Autointoxicação intencional por drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte.	525	20
X78 Lesões autoprovocadas intencionalmente por objetos cortantes ou penetrantes.	274	10,4
X63 Autointoxicação intencional por substâncias farmacológicas que atuam no sistema nervoso autônomo.	244	9,3
X60 Autointoxicação intencional por exposição ou contato com analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos não-opioides.	119	4,5
X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente por meios não especificados.	117	4,5
X80 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado.	109	4,1
X88 Autointoxicação ou exposição intencional a pesticidas.	12	0,5
X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento ou sufocação.	61	2,3

Fonte: Sisnov/Sinan Campinas, setembro de 2024.

Estas análises evidenciam a complexidade do fenômeno do suicídio entre mulheres em idade fértil em Campinas, destacando a necessidade de políticas públicas abrangentes e intersetoriais para prevenção e intervenção precoce, considerando as particularidades de idade, raça/cor, escolaridade e moradia. É essencial continuar monitorando os dados de suicídio em Campinas para identificar possíveis tendências e implementar intervenções eficazes como investir em serviços de saúde mental, centros de apoio psicológico e linhas diretas de prevenção ao suicídio para oferecer suporte à população.

REFERÊNCIAS:

- ABASSE, M.L.F.; Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Revista Ciência & Saúde*, v.14, n.2, p. 407-416, dez. 2007.
- BEZERRA, A. P. dos S. .; VELOSO , M. M. de O. .; MENDES, T. de M. C.; OLIVEIRA, Ângelo G. R. da C. . . ; AMORIM, K. P. C.; CASTRO , J. L. de .; MENDONÇA , A. E. O. de .; ANDRADE , F. B. de . MORTALIDADE POR VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO RIO GRANDE DO NORTE. *Revista Ciência Plural*, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 1–22, 2024.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF; 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.
- BOTEGA, N.J.; BARROS, M.B. de A.; OLIVEIRA, H.B. de; DALGALARRONDO, P.; MARÍN-LEÓN, L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Braz J Psychiatry* [Internet]. 2005Mar;27(1):45–53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000100011>.
- BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>. Acesso em 21 de novembro de 2024.
- SANTANA, J. F. C. L. et al. Mortalidade Femina por Causas Eternas em uma Região de fronteira: Brasil – Bolívia. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina, Cáceres*, N. 14, p. 78 – 91, jan./jun, 2021.
- SILVA, D. A. da; MARCOLAN, J. F. Tendência da taxa de mortalidade por suicídio no Brasil. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 36, 2022. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.45174>. Acesso em: 18 ago. 2023.

7. DISCUSSÃO

Os achados desta dissertação, que evidenciam um aumento nos coeficientes de mortalidade por suicídio e nas tentativas de suicídio entre mulheres em idade fértil no município de Campinas, refletem tendências observadas tanto nacional quanto internacionalmente. Silva e Marcolan⁴⁶ destacam que o Brasil tem vivenciado um aumento significativo nas taxas de mortalidade por suicídio em várias regiões, reforçando a relevância dos dados locais para direcionar ações de intervenção e prevenção. Em Campinas, o coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes aumentou de 2,17 em 2014 para 5,49 em 2021, com um ligeiro decréscimo para 4,17 em 2023. Este aumento pode sugerir um agravamento da saúde mental das mulheres na região, situando Campinas dentro de um cenário nacional que demanda atenção urgente.

A pesquisa de Dantas et al.⁸ sobre o aumento dos suicídios entre mulheres no Brasil, com ênfase na perspectiva de gênero, ressalta a importância dos nossos achados. Em Campinas, as notificações de tentativas de suicídio subiram de 13 por 100.000 habitantes em 2014 para expressivos 193,55 em 2023. Este aumento reflete o "paradoxo do suicídio", onde as mulheres apresentam mais episódios de tentativas de suicídio, apesar de menores taxas de mortalidade em relação aos homens. Essa discrepância sublinha a necessidade de considerar desigualdades de gênero e violência específica enfrentada pelas mulheres como fatores contribuintes, como um reflexo de pressões sociais e culturais que afetam desproporcionalmente a saúde mental feminina, exigindo intervenções mais eficazes e focadas nas suas necessidades específicas.

O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde²¹ indica que, para cada suicídio consumado, ocorrem entre 10 a 20 tentativas. No ano de 2023 Campinas teve 650 notificações de tentativas de suicídio e 14 óbitos em mulheres de idade fértil, o que representou mais de 40 notificações por óbito naquele ano. Esta estatística reforça a importância dos achados de Campinas e a necessidade de intensificar a vigilância e prevenção. O aumento significativo nas notificações de tentativas de suicídio destaca a urgência de abordagens preventivas e de suporte à saúde mental.

Bezerra et al.⁵⁷ observam que, no Rio Grande do Norte, as taxas de mortalidade por lesões autoprovocadas entre mulheres em idade fértil também apresentaram um aumento, especialmente a partir de 2018, embora ainda com

coeficientes relativamente baixos. Esses dados estão alinhados com tendências observadas em outras regiões do Brasil e no cenário internacional, onde crises sociais e econômicas têm impactado o comportamento suicida feminino, particularmente durante a pandemia de covid-19⁵⁷.

Os achados desta dissertação indicam um aumento significativo tanto nos óbitos quanto nas tentativas de suicídio a partir de 2020, coincidente com o início da pandemia de covid-19. Este fenômeno sugere que a crise sanitária global e seus desdobramentos socioeconômicos tiveram um impacto negativo na saúde mental da população estudada, especialmente entre as mulheres. A literatura oferece um contexto valioso para entender esses resultados e as dinâmicas subjacentes.

Dantas et al.⁸ fornecem *insights* importantes sobre como a pandemia exacerbou desigualdades de gênero e aumentou a violência doméstica. Durante este período, o acúmulo de papéis de gênero, combinado com o confinamento e a convivência ampliada com agressores, colocou as mulheres em uma posição de vulnerabilidade ainda maior. Adicionalmente, a alta demanda por profissionais em áreas de cuidado, onde há uma considerável representatividade feminina, adicionou uma camada extra de estresse e exaustão emocional. Este cenário pode ter potencializado o sofrimento mental e, conseqüentemente, aumentado o risco de comportamentos suicidas entre as mulheres.

Rocha et al.⁵⁸ complementam essa análise ao destacar que a pandemia exacerbou fatores de risco conhecidos para o comportamento suicida, como sofrimento mental, abuso de substâncias psicoativas, perda de renda, estresse, ansiedade e depressão. Estes fatores, intensificados pelo contexto da pandemia, aumentaram significativamente a vulnerabilidade ao suicídio, afetando não apenas as mulheres, mas também jovens adultos e pessoas com histórico de transtornos mentais⁵³.

A convergência desses fatores durante a pandemia criou um "cenário perfeito" para o aumento das taxas de suicídio observadas em nossa pesquisa. A crise sanitária não apenas desestruturou contextos sociais e econômicos, mas também intensificou instabilidades emocionais e exacerbou a violência autoprovocada. Este cenário destaca a necessidade urgente de abordagens de saúde mental que considerem as especificidades de gênero e os impactos da pandemia sobre as mulheres. Políticas públicas e intervenções de saúde mental devem ser adaptadas

para mitigar esses riscos e oferecer suporte adequado às populações mais vulneráveis, especialmente em tempos de crise global.

Foi possível verificar variações significativas no coeficiente de mortalidade por suicídio entre mulheres em idade fértil, destacando diferenças por faixa etária e a ausência de uma tendência de similaridade clara. Em 2020, a faixa etária de 30 a 39 anos apresentou o maior coeficiente de mortalidade com 7,6 por 100.000 habitantes, enquanto em 2021, a faixa de 40 a 49 anos alcançou o pico com um coeficiente de 9,9. Por outro lado, as tentativas de suicídio mostraram uma tendência preocupante entre os jovens, especialmente nas faixas etárias de 10 a 19 anos e 20 a 29 anos, que emergiram como as principais em termos de notificações de violência a partir de 2022. Nesse ano, os coeficientes atingiram 196,1 e 141,0, respectivamente, e aumentaram ainda mais em 2023, chegando a 273,4 e 257,5.

Essas observações indicam uma complexidade nas dinâmicas de risco, alinhando-se com os estudos de Fattah et al.⁵⁹ e Bezerra et al.⁵⁷. Ambos os estudos apontam que a variabilidade por faixa etária pode estar relacionada a fatores socioeconômicos e culturais, além de destacar a vulnerabilidade dos jovens, especialmente aqueles entre 10 e 19 anos, sugerindo a necessidade de intervenções específicas. O destaque para a faixa de 40 a 49 anos pode estar associado a fatores de risco variáveis, possivelmente relacionados a mudanças na vida pessoal e profissional, comuns nessa fase da vida.

Botega⁶⁰ identificou o comportamento suicida como uma das três principais causas de morte entre pessoas de 15 a 44 anos, sublinhando a questão como um problema de saúde pública global. A presença de transtornos mentais em mais de 90% dos casos ressalta a necessidade de abordagens qualificadas para prevenção e intervenção.

Rodrigues et al.⁶¹ reforçam a tendência observada em Campinas, apontando as faixas de 10-19 e 20-29 anos como principais em tentativas de suicídio, especialmente em Goiás, onde as notificações por tentativas de suicídio são predominantemente no sexo feminino. Essa prevalência entre adolescentes e jovens adultas destaca a necessidade de estratégias que considerem as diferenças significativas na manifestação dos eventos suicidas entre homens e mulheres.

Além disso, o aumento nas notificações de tentativas de suicídio pode refletir também uma maior conscientização das instituições de saúde pública,

enfatizando a importância de monitorar e adaptar estratégias preventivas às mudanças demográficas e culturais.

Sobre o padrão de sazonalidade, tanto as tentativas de suicídio quanto os suicídios apresentaram variações, com alguns meses em destaque, sendo outubro e dezembro os meses com maior número de óbitos por suicídio e notificações por tentativas de suicídio. Particularmente, as tentativas de suicídio nos últimos anos da pesquisa (2021, 2022 e 2023) destacaram novembro e dezembro como os meses com maiores notificações. Esta concentração em meses se assemelha as observações de Rosa et al.⁶² em um estudo realizado no noroeste do Paraná, onde a maioria dos atendimentos por tentativas de suicídio e suicídios ocorreu nos meses de primavera e verão. Os autores atribuíram essa sazonalidade à possível influência das condições climáticas, corroborando a complexidade dos fatores que permeiam a ideação suicida, incluindo aspectos ambientais. Similarmente, Oliveira et al.⁶³ também registraram maior frequência de tentativas de suicídio durante o verão e a primavera.

A análise dos dados de mortalidade e tentativas de suicídio entre mulheres em idade fértil de 2014 a 2023 em Campinas revela padrões significativos entre os distritos, destacando a importância de intervenções adaptadas às especificidades locais. Os distritos de Campinas apresentam variações notáveis tanto nos coeficientes de mortalidade quanto nas taxas de tentativas de suicídio por 100 mil habitantes, evidenciando a complexidade do fenômeno suicida e a necessidade de estratégias de intervenção específicas.

O distrito Leste, embora não apresente o maior número absoluto de óbitos, destaca-se por suas flutuações nos coeficientes de mortalidade, com picos significativos em 2018 e 2021. Paralelamente, as tentativas de suicídio também mostram um crescimento gradual, indicando uma vulnerabilidade que requer atenção especial. Já o distrito Sul, com o maior número absoluto de óbitos, apresenta uma tendência de aumento no coeficiente de mortalidade até 2020, seguido de uma queda. As tentativas de suicídio também aumentaram significativamente antes de cair, refletindo a alta vulnerabilidade social e densidade populacional da região, conforme o Boletim Epidemiológico nº 5859⁶⁴ e Tabnet Campinas⁶⁵.

Entende-se por vulnerabilidade social como uma condição multidimensional que não se limita à ausência ou precariedade de renda, estando atrelada a fragilidades nos vínculos afetivo-relacionais, desigualdade de acesso a bens e serviços públicos, e é influenciada por fatores sociais, econômicos e culturais

que afetam a capacidade dos indivíduos de exercer plenamente sua cidadania e acessar direitos fundamentais, o que contrapõe à visão restrita de risco, ampliando o entendimento das condições que expõem os indivíduos a situações de vulnerabilidade em seus contextos de vida⁶⁶.

Condições socioculturais e econômicas interagem com os processos biológicos ao longo da vida, influenciando a vulnerabilidade de um indivíduo e comunidade e neste caso podendo ser influência dos números relacionados aos suicídios e tentativas de suicídio no município.

O distrito Norte e Noroeste, que também são regiões de alta vulnerabilidade social, demonstram flutuações nos coeficientes de mortalidade, com picos em anos específicos, no distrito Noroeste foi possível observar um aumento gradual no coeficiente de mortalidade, com tentativas de suicídio atingindo taxas elevadas em 2018. O distrito Sudoeste, apesar de ter o menor número absoluto de óbitos, apresentou um pico de mortalidade em 2020 e uma variação significativa nas tentativas de suicídio, indicando que, proporcionalmente à sua população, a taxa de suicídio foi alta. Tanto o distrito Noroeste quanto o Sudeste possuem características similares, onde a urbanização marcadamente periférica, com infraestrutura urbana precária e degradação ambiental e que passam, por crescimento e transformação espacial rápida nos últimos anos.

Os resultados reforçam a necessidade de intervenções direcionadas que considerem as características únicas de cada distrito, especialmente em áreas com alta vulnerabilidade social. A integração de dados regionais e a colaboração entre setores são cruciais para abordar o problema do suicídio de forma abrangente, conforme destacado por Botega⁶⁰. A compreensão das flutuações nos coeficientes de mortalidade e nas taxas de tentativas de suicídio é essencial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes, promovendo um apoio mais adequado e acessível às populações em risco.

Ao analisar os dados de raça/cor relacionados aos casos de tentativas e óbitos por suicídio entre mulheres, observa-se que as mulheres brancas constituem a maioria dos registros, com 84 óbitos e 1465 tentativas, seguidas pelas mulheres pardas, com 25 óbitos e 674 notificações, e pelas mulheres pretas, com 8 óbitos e 201 notificações. Esse padrão pode estar parcialmente associado à composição demográfica da população de Campinas, onde, segundo o IBGE⁹, a maioria dos habitantes se autodeclara branca. Essa predominância demográfica pode influenciar

diretamente o número absoluto de notificações, uma vez que reflete a distribuição populacional da cidade.

Estudos anteriores a este, como o de Rodrigues et al.⁶¹, indicam que a raça/cor parda é frequentemente prevalente em tentativas de suicídio, correspondendo a 56% dos casos, independentemente do sexo. Este dado sugere que, embora a população branca apresente um maior número de casos absolutos em Campinas, a vulnerabilidade das mulheres pardas não deve ser subestimada.

Teixeira et al.⁶⁷ destacam que, em Alagoas, o comportamento suicida entre mulheres foi predominantemente observado em indivíduos de cor parda, refletindo uma tendência nacional de suicídios mais frequentes entre mulheres de cor branca. Esses dados sugerem que fatores socioculturais e históricos de desigualdade racial podem influenciar o comportamento suicida entre mulheres, variando conforme o contexto regional.

Fattah⁵⁹ identificou que, no Rio Grande do Sul, uma região com mais de 80% da população autodeclarada branca devido ao histórico de imigração europeia, a frequência de suicídios é majoritariamente observada nesse grupo. Isso ilustra como a composição demográfica pode influenciar as estatísticas de suicídio em diferentes regiões.

O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde²¹ também apoia esses achados, indicando maiores taxas de suicídio entre mulheres de raça/cor branca em nível nacional entre 2010 e 2019. Por outro lado, Bezerra⁵⁷ encontrou um predomínio de mortes autoprovocadas entre mulheres de raça parda/preta em períodos recentes, ressaltando a importância de considerar as variações regionais e temporais.

Teixeira et al.⁶⁷ destacam que, em Alagoas, o comportamento suicida entre mulheres foi predominantemente observado em indivíduos de cor parda, refletindo uma tendência nacional de suicídios mais frequentes entre mulheres de cor branca. Esses dados sugerem que fatores socioculturais e históricos de desigualdade racial podem influenciar o comportamento suicida entre mulheres, variando conforme o contexto regional.

A complexidade dos fatores que influenciam as taxas de suicídio, incluindo raça/cor, sublinha a importância de considerar tanto o contexto demográfico quanto os fatores socioculturais em análises epidemiológicas. A ausência de dados detalhados por faixa etária e raça/cor limita a capacidade de calcular coeficientes

precisos, o que destaca a necessidade de aprimorar os sistemas de coleta de dados para informar melhor as políticas e estratégias de prevenção ao suicídio.

Não é possível identificar uma possível semelhança na distribuição por escolaridade entre óbitos por suicídio e tentativas de suicídio, mesmo que houve a maioria entre mulheres com registro de ensino médio e o aumento nos casos entre mulheres com educação superior, já que, a alta frequência de registros como "ignorado" ressalta a necessidade urgente de melhorar a precisão na coleta de dados sobre anos de estudo, o que é crucial para o desenvolvimento de intervenções educacionais e de saúde mental mais eficazes, especialmente para mulheres com níveis de educação intermediários e superiores, o que poderia indicar com mais precisão a distribuição de escolaridade da população estudada.

Esses achados estão em consonância com estudos anteriores que indicam que um baixo nível educacional está frequentemente associado a um aumento na vulnerabilidade ao comportamento suicida. Teixeira et al.⁶² observaram que, no estado de Alagoas, a maioria das mulheres que cometeram suicídio possuía de um a sete anos de estudo. Essa tendência também foi identificada em pesquisas realizadas no Nordeste em 2017, onde mulheres com escolaridade precária ou analfabetas mostraram maior propensão a tentativas de suicídio. Esses dados sugerem que a falta de educação pode limitar o acesso a recursos de saúde mental e agravar estresses sociais e econômicos, aumentando a vulnerabilidade ao suicídio.

No Rio Grande do Norte, a mortalidade por violência autoprovocada em mulheres em idade fértil também foi mais comum entre aquelas com até 7 anos de estudo, com um aumento de 16,7% dos óbitos em 2012 para 27% em 2021⁵⁷. Este padrão é consistente em outros estados, como o Rio Grande do Sul, onde taxas mais elevadas de suicídios também foram registradas entre mulheres com baixo nível educacional.

Foi possível verificar em estudos^{61,69} que a escolaridade pode influenciar o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas. Em Goiás, 26% das mulheres vítimas possuíam ensino fundamental e 33% ensino médio. Esses dados refletem um perfil educacional que pode aumentar a vulnerabilidade ao comportamento suicida, especialmente em contextos de menor acesso a recursos de saúde mental e condições socioeconômicas desfavoráveis.

Para, além disso, a escolaridade influencia a percepção de risco e o acesso a recursos de saúde mental, corroborando a literatura que aponta a educação como um fator crucial na análise epidemiológica do suicídio⁶⁸.

A sobreposição de mulheres em níveis educacionais baixos e altos sugere que a escolaridade pode afetar o comportamento suicida de maneiras complexas, influenciando tanto a percepção do risco quanto o acesso a recursos de saúde mental. Mulheres com baixa escolaridade podem enfrentar desafios socioeconômicos que aumentam a vulnerabilidade, enquanto aquelas com alta escolaridade podem ser suscetíveis a pressões elevadas e expectativas irreais, resultando em estresse e problemas de saúde mental.

Esses achados sublinham a importância de políticas de saúde pública que integrem intervenções educacionais e de saúde mental direcionadas, considerando as especificidades das diferentes faixas de escolaridade entre mulheres em idade fértil. A melhoria na coleta de dados sobre anos de estudo é essencial para informar essas políticas e garantir que as intervenções sejam adequadas e eficazes.

Os achados deste estudo revelam que os óbitos por suicídio ocorreram predominantemente em domicílio, o que corresponde a uma tendência de 75% dos casos, enquanto as tentativas de suicídio foram majoritariamente notificadas em unidades de saúde, como prontos-socorros e unidades de pronto atendimento, representando cerca de 80% das notificações. Essa distinção sugere que a letalidade dos métodos utilizados em suicídios consumados, como o enforcamento, que foi o mais comum com 62 casos, pode limitar o acesso a cuidados em tempo hábil, conforme discutido por Botega⁶⁰, que ressalta a importância de considerar a letalidade dos métodos em contraposição à rapidez e eficácia do socorro disponível.

Nas tentativas de suicídio, a autointoxicação por drogas ou substâncias biológicas foi o método mais comum, com 908 notificações, representando 60% de todas as tentativas registradas. Esse padrão está em linha com as observações de Oliveira et al.⁶³, que destacam a prevalência da intoxicação como método preferido, especialmente entre mulheres, refletindo uma tendência observada em várias regiões do Brasil. Teixeira et al.⁶⁷ também encontraram em sua pesquisa, que o envenenamento foi o método mais comum nas tentativas, enquanto o enforcamento predominou nos casos fatais, destacando a complexidade dos comportamentos suicidas e as diferentes formas de execução do ato.

Rosa et al.⁶² observaram diferenças significativas nos métodos utilizados para tentativas e suicídios consumados, com o enforcamento destacando-se como o método mais utilizado nos suicídios consumados, representando 70,8% dos casos em seu estudo. Esse dado reforça a necessidade de abordagens diferenciadas nas estratégias de prevenção e intervenção. Bezerra⁵⁷ enfatiza a predominância de métodos letais como o envenenamento e o uso de armas de fogo nas tentativas de suicídio, destacando a urgência de intervenções eficazes diante da gravidade do problema.

A análise dos métodos utilizados revela a influência de fatores culturais, sociais e individuais, onde a escolha dos meios para o suicídio varia consideravelmente, influenciada por fatores como cultura e acesso aos meios⁶⁰. No Brasil, o enforcamento e o envenenamento são métodos frequentemente utilizados, com a própria casa sendo o cenário mais comum para esses atos, o que corrobora a letalidade dos métodos e as dificuldades de acesso imediato a cuidados⁶⁰.

Essas análises evidenciam a complexidade do fenômeno do suicídio entre mulheres em idade fértil em Campinas, destacando a necessidade de políticas públicas abrangentes e intersetoriais para prevenção e intervenção precoce. É essencial monitorar continuamente os dados de suicídio em Campinas para identificar tendências e implementar intervenções eficazes. Investir em serviços de saúde mental, como centros de apoio psicológico e linhas diretas de prevenção ao suicídio, é crucial para oferecer suporte à população. Além disso, a redução do acesso a meios letais, como armas de fogo e pesticidas, é uma estratégia importante para mitigar o risco de suicídios, conforme recomendado por Botega⁶⁰.

8. CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciam um cenário preocupante de aumento nos índices de mortalidade por suicídio e nas notificações de tentativas de suicídio entre mulheres em idade fértil no município de Campinas entre 2014 e 2023. Estes dados refletem tendências observadas nacional e internacionalmente, ressaltando a complexidade do fenômeno suicida e suas inter-relações com fatores socioeconômicos, culturais e de gênero.

O contexto de enfrentamento de uma pandemia com impactos de diversas proporções no mundo, aliado ao agravamento de fatores de risco conhecidos como transtornos mentais, abuso de substâncias e crises econômicas, configura um cenário de vulnerabilidade que demanda intervenções urgentes e específicas.

As disparidades por faixa etária e entre distritos de Campinas reforçam a importância de estratégias locais e adaptadas às especificidades de cada região, considerando fatores como vulnerabilidade social e densidade populacional. As taxas elevadas de tentativas de suicídio entre mulheres jovens, especialmente nas faixas etárias de 10 a 19 e 20 a 29 anos, apontam a necessidade de ações preventivas voltadas a essa população, enquanto o aumento no coeficiente de mortalidade em mulheres de 40 a 49 anos sugere fatores de risco associados a transições na vida pessoal e profissional.

A análise sazonal dos dados pode indicar a influência de períodos específicos do ano sobre o comportamento suicida, apontando a necessidade de integrar aspectos climáticos e ambientais em estratégias preventivas.

Entretanto, a incompletude ou falha de preenchimento das fichas de notificação e registros de óbito, pode comprometer a qualidade das informações disponíveis para a análise epidemiológica e a formulação de políticas públicas eficazes. A ausência ou inconsistência de dados essenciais, como escolaridade, raça/cor e especificidade dos métodos das tentativas de suicídio e suicídio, pode levar à subestimação da magnitude do problema e dificultar a identificação de padrões e grupos de risco. Informação de qualidade é condição necessária para a análise objetiva da situação de saúde, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações públicas que almejem o desenvolvimento de boas condições de saúde para a população em geral. Dessa forma, torna-se essencial o

aprimoramento dos sistemas de registro e a capacitação contínua dos profissionais responsáveis pelo preenchimento desses documentos.

Os dados de Campinas não apenas refletem um problema local, mas também fazem parte de um contexto global que demanda respostas integradas e multidimensionais. É crucial implementar intervenções focadas e sustentáveis a longo prazo, que abordem tanto fatores individuais quanto contextuais, contribuindo para a promoção da saúde mental das mulheres em idade fértil.

Dada a magnitude e a complexidade do problema, recomenda-se a implementação de políticas públicas que contemplem a especificidade de gênero, a saúde mental e a vulnerabilidade social, com base na colaboração intersetorial e no fortalecimento da vigilância epidemiológica e das redes de cuidado em saúde.

9. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Óbitos por residência por ano do óbito segundo capítulo CID-10 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2024 set 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>.
2. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE [Internet]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br> [citado 2023 set 30].
3. Wegner W. Contracepções de saúde e mulheres cuidadoras-leigas: estratégias à sua promoção da saúde [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. 124 p.
4. Souto K, Moreira MR. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde Debate*. 2021;45(130):832-46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt/?format=pdf&lang=pt> [citado 2023 ago 20].
5. Santana JFCL, Silva AL, Souza RPS, et al. Mortalidade feminina por causas externas em uma região de fronteira: Brasil – Bolívia. *RCEAM* [Internet]. 2021 out 1 [citado 2024 nov 20];1(14). Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/5448>.
6. Alves MMR, Alves SV, Antunes MBC, Santos DLP. Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013 abr;47(2):283–91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003642>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Dantas ESO, Meira KC, Bredemeier J, Amorim KPC. Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2023;28(5):1469-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.16212022>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama - IBGE Cidades. Rio de Janeiro; 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Óbitos por residência por ano do óbito segundo capítulo CID-10 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2024 set 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>.
11. Souza AMG, Andrade FB. Qual cenário da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no Brasil? *O Mundo da Saúde* [Internet]. 2020 [citado 2024 out 20]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/cenario_mortalidade_mulheres_reprodutiva.pdf.

12. Santos Neto ET dos, Alves KCG, Zorzal M, Lima RC de C. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc.* 2008;17(2):107-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011> [citado 2024 nov 12].
13. Martin JC. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil: enfoque na evitabilidade das causas [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2018. 101 p.
14. Ferreira VC, Silva MRF da, Montovani EH, Colares LG, Ribeiro AA, Stofel NS. Saúde da mulher, gênero, políticas públicas e educação médica: agravos no contexto de pandemia. *Rev Bras Educ Méd [Internet]*. 2020;44:e147. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200402>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2024 maio 17]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2021_2030.pdf.
16. Albert SBZ, Martinelli KG, Zandonade E, Santos Neto ET. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil de 2006 a 2019: causas e tendências. *Rev bras estud popul [Internet]*. 2023;40:e0233. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0233>.
17. Vieira GO, Assis MMA, Nascimento MAA do, Vieira TO, Vieira-Santana Netto P. Violência e mortes por causas externas. *Rev Bras Enferm.* 2003;56(1):48-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100010> [citado 2023 ago 18].
18. Correia CM, Gomes NP, Couto TM, Rodrigues AD, Erdmann AL, Diniz NMF. Representations about suicide of women with history of domestic violence and suicide attempt. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(1):118-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072014000100014>.
19. Dantas ESO, Silva GW dos S, Guimarães J. Aspectos psicossociais do suicídio em mulheres do sertão do Rio Grande do Norte, Brasil. *Cad Saúde Coletiva.* 2022;30(2):215-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020077>.
20. Dias-Júnior C. O impacto da mortalidade por causas externas e dos homicídios na expectativa de vida: uma análise comparativa entre cinco regiões metropolitanas do Brasil. In: 2º Congresso Português de Demografia; 2004; Lisboa. Anais [...]. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 33. 2021;52. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos> [citado 2022 set 30].
22. Andrade LHS de, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo) [Internet]*. 2006;33(2):43-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>.

23. Martins HKP, Oliveira IML, Oliveira CP, Torres KBH, Costa OM, Costa CM, Martins JV da C. Óbitos por causas externas em mulheres no Piauí. RSD [Internet]. 2024 fev 9 [citado 2025 jan 7];13(2):e3013244957. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/44957>.
24. Mello Jorge MHP de, Laurenti R. Apresentação. Rev Saúde Pública. 1997;31(4):1-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000500001> [citado 2024 nov 12].
25. Gonzaga RAT, Rimoli CF, Pires EA, Zogheib FS, Fujino MVT, Cunha MB. Avaliação da mortalidade por causas externas. Rev Col Bras Cir. 2012;39(4):263-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912012000400004>.
26. Barbosa J de S, Tartaro L, Vasconcelos L da R, Nedel M, Serafini JF, Svirski SGS, et al. Assessment of incompleteness of Mortality Information System records on deaths from external causes in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, 2000-2019. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2023;32(2):e2022301. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200006>.
27. Souza LG, Siviero PCL. Diferenciais por sexo na mortalidade evitável e ganhos potenciais de esperança de vida em São Paulo, SP: um estudo transversal entre 2014 e 2016. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2020;29(3):e2018451. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300004>.
28. Jorge MHP de M, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento II - Mortes por causas externas. Rev Bras Epidemiol. 2002;5(2):212-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2002000200008>.
29. Marques Vieira R, Frota Ribeiro Queiroz I, Giovanna de Sousa Viana K, Azevedo Magalhães ZM, Carneiro Flôr SM, Carneiro Linhares MS. Mortalidade segundo causas externas entre mulheres em idade fértil, no município de Sobral, Ceará. SANARE Rev Polít Públicas. 2015;13(2).
30. Ribeiro TRTM. Mortalidade por causas externas em mulheres de 10 a 49 anos, nas capitais brasileiras [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005. 160 p.
31. Soares Filho AM, Teixeira RA, Dantas Junior AB, Souza JB de, Montenegro M de MS, Vasconcelos AMN, et al. Estimativas de mortalidade por causas externas no Brasil, 2010-2019: metodologia de redistribuição de causas garbage. Cad Saúde Pública [Internet]. 2024;40(10):e00056424. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT056424>.
32. Pinto IV, Bernal RTI, Souza MF de, Malta DC. Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2021;26(3):975-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.00132021> [citado 2024 mar 20].
33. Amaral N de A, Amaral C de A, Amaral TLM. Mortalidade feminina e anos de vida perdidos por homicídio/agressão em capital brasileira após promulgação da Lei Maria da Penha. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 out;22(4):980-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400014>.

34. Abasse MLF, Oliveira RC de, Silva TC, Souza ER de. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 mar;14(2):407–16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200010>.
35. Botega NJ, Barros MB de A, Oliveira HB de, Dalgalarondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Braz J Psychiatry* [Internet]. 2005 mar;27(1):45–53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000100011>.
36. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA de, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):804-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000600008> [citado 2024 jul 20].
37. Durkheim É. *O suicídio: estudo de sociologia*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2011.
38. Organização Mundial da Saúde. World Health Organization Global Health Estimates: Leading causes of death [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 2024 set 3]. Disponível em: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>.
39. Botega NJ, Werlang BSG, Cais CF da S, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. *Psico* [Internet]. 2007 mar 19 [citado 2024 dez 19];37(3). Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/1442>.
40. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Prevenção do suicídio: manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2000.
41. OPAS. Dia Mundial da Prevenção ao Suicídio 2022 [Internet]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-prevencao-ao-suicidio-2022> [citado 2024 set 3].
42. Lemos MFL, Salles AMB. Algumas reflexões em torno do suicídio de crianças. *Rev Psicol UNESP* [Internet]. 2015;14(1):38-42. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442015000100004&lng=pt&nrm=iso.
43. Silva JVS, Junior CJS, Oliveira KCPN. Suicídio em idosos: índice e taxa de mortalidade nas capitais brasileiras no período de 2001 a 2015. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2020;53(3):215-22. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v53i3p215-222> [citado 2024 ago 28].
44. Marcolan JF, Silva DA. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. *Rev M Estud Sobre a Morte os Mortos e o Morrer*. 2019;4(7):31-44. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.31-44> [citado 2023 out 10].
45. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Braz J Psychiatry*. 2009;31:S86-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>.

46. Silva DA da, Marcolan JF. Tendência da taxa de mortalidade por suicídio no Brasil. *Rev Baiana Enferm.* 2022;36. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.45174> [citado 2023 ago 18].
47. Trevisan EPT, Santos JAT, Oliveira MLF. Tentativa de suicídio de mulheres: dados de um centro de assistência toxicológica do Paraná. *Rev Mineira Enferm.* 2013;17(2):412-7.
48. Marquetti FR, Marquetti FC. Suicídio e feminilidades. *Cadernos Pagu.* 2017;49:e174921. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449201700490021> [citado 2023 ago 18].
49. Seabra FP, Silva JT, Silva SS, Ferro FAR. Suicídio e pandemia COVID-19 – revisão de literatura. *SB.* 2021;2(1):2. doi: 10.33911/singularsb.v1i2.116.
50. Bezerra ACV, Silva CEM, Soares FRG, Silva JAMD. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet].* 2020 Jun;25(Suppl 1):2411–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>.
51. Medeiros LF, Negreiros RA. Sofrimento psicológico e Covid-19: um estudo a partir de publicações no Twitter. *Gerais: Rev Interinst Psicol [Internet].* 2024;17(2):e54192. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202417e541912>.
52. Soares RJO. COVID-19 e riscos psicossociais: um alerta sobre o suicídio. *Braz J Health Rev [Internet].* 2021;4(1):1859-70. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-151>.
53. Rocha DM, Oliveira AC, Reis RK, Santos AMR, Andrade EMLR, Nogueira LT. Comportamento suicida durante a pandemia da COVID-19: aspectos clínicos e fatores associados. *Acta Paul Enferm [Internet].* 2022;35:eAPE02717. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02717>.
54. Ministério da Saúde (BR). Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015. Brasília: MS; 2013 [citado 2024 ago 20]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/informacoes-em-saude/cadernos-de-informacao-em-saude/modelos-de-cadernos-coap-sc/7259-instrutivo-caderno-pactuacao-2013-2015/file>.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito [Internet]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2011 [citado 2024 set 20]. Disponível em: <https://bit.ly/3eD1CLZ>.
56. Campinas. Secretaria de Saúde. Manual Instrutivo SISNOV/Sinam [Internet]. Disponível em: http://sisnov.campinas.sp.gov.br/oque_e.html [citado 2023 jun 20].
57. Bezerra APS, Veloso MMO, Mendes TMC, Oliveira Ângelo GRC, Amorim KPC, Castro JL de, Mendonça AEO de, Andrade FB de. Mortalidade por violência autoprovocada em mulheres em idade fértil no Rio Grande do Norte. *Rev Ciênc Plural [Internet].* 2024 abr 29 [citado 2024 dez 19];10(1):1–22. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/33398>.

58. Rocha D de M, Oliveira AC de, Reis RK, Santos AMR dos, Andrade EMLR, Nogueira LT. Comportamento suicida durante a pandemia da COVID-19: aspectos clínicos e fatores associados. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2022;35:eAPE02717. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/actape/2022AO02717>.
59. Fattah N, Silva EV da, Cruz CW, Amazarray MR. Perfil epidemiológico do suicídio no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, de 2010 a 2016. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2021 out;29(4):561–74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040017>.
60. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol USP* [Internet]. 2014 set;25(3):231–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.
61. Rodrigues FM, Oliveira PP, Silva HC, Pinheiro JMC. Comportamento suicida: o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no Estado de Goiás. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás Cândido Santiago*. 2020;6(2):1-15.
62. Rosa NM da, Agnolo CMD, Oliveira RR de, Mathias TA de F, Oliveira MLF de. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2016 jul;65(3):231–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000129>.
63. Oliveira JWT de, Magalhães APN de, Barros AC, Monteiro EKR, Souza CDF de, Alves V de M. Características das tentativas de suicídio atendidas pelo serviço de emergência pré-hospitalar: um estudo epidemiológico de corte transversal. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2020 out;69(4):239–46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000289>.
64. Campinas. Secretaria de Saúde; Universidade Estadual de Campinas. Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde. Boletim epidemiológico nº 58: desigualdades sociais na mortalidade. Campinas: DEVISA/SMS Campinas/PMC, CCAS/DSC/FCM/UNICAMP; 2019. ISSN 2525-9059.
65. Campinas. Prefeitura Municipal. Tabnet/Campinas: ferramenta de tabulação de dados demográficos [Internet]. Disponível em: <saude.campinas.sp.gov.br> [citado 2024 dez 6].
66. Carmo ME do, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(3):e00101417. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417> [citado 2024 nov 30].
67. Teixeira LM de M, Santos AAP dos, Santos JAM, Oliveira JCS, Santos WB dos, Rodrigues RPGT O, Acioli DMN. Suicide mortality in women of fertile age. *Res Soc Dev* [Internet]. 2020;9(11):e419119565. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9565>.
68. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MC de S. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2020;29(2):e2019060. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200006>.
69. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MC de S. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência

de capitais do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2017 set;22(9):2841–50.
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>.

10. ANEXO

DISPENSA DE APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA PARA AVALIAÇÃO DO SISTEMA CEP-CONEP

Of. CEP nº 125/2023





Cidade Universitária "Zeferino Vaz", 30 de novembro de 2023.

Of. CEP nº 125/2023

Prof.ª Dra. Andrea Paula Bruno Von Züben
Pesquisadora Responsável

REF. : DISPENSA DE APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA PARA AVALIAÇÃO DO SISTEMA CEP-CONEP.

Prezada Senhora,

Informamos que a pesquisa intitulada "ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO E MORTES POR SUICÍDIO EM MULHERES NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS", para fins de Dissertação de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, cuja equipe de pesquisa é composta pela aluna Ana Paula Crivelaro Ferreira e como orientadora de pesquisa a pesquisadora responsável supracitada, propõe analisar o perfil dos óbitos por suicídios e das tentativas de suicídio de mulheres de 10 a 49 anos no município de Campinas, de 2013 a 2022, através do banco de dados do Sistema de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Notificação de Violência do município de Campinas (SISNOV), e de identificar possíveis associações entre suas variáveis..

Deste modo, baseados no resumo e email anexados ao documento, o referido estudo não necessita tramitar pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos, tendo em vista que a pesquisa utilizará banco de dados públicos disponíveis nos links <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/dh?sim/sim.def> e <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/dh?sisnov/violencianet.def>.

Ressaltamos que se houver qualquer alteração no escopo do projeto, na qual envolva seres humanos, o CEP/Unicamp deve ser informado para fins de deliberação sobre essas mudanças.

Atenciosamente,

Dra. Renata Maria dos Santos Celeghini
COORDENADORA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
UNICAMP

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
13083-867 Campinas - SP
☎ <http://www.cep.unicamp.br/cep>

Fone: (019) 3521-8936
Fone: (019) 3521-7187
cep@unicamp.br

Documento assinado. Verificar autenticidade em sigad.unicamp.br/verifica
Informar código D69F574C D56241DA 8D367A32 6582C206