



ciência plural

MORTALIDADE POR VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO RIO GRANDE DO NORTE

Mortality by self-inflicted injury in fertile women of Rio Grande do Norte state

Mortalidad por violencia autoprovocada en mujeres en edad fértil en Rio Grande do Norte

Aline Patrícia dos Santos Bezerra • Enfermeira Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva-PPGSCol da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN • E-mail: enilabez@gmail.com

Maria Mônica de Oliveira Veloso • Enfermeira Doutoranda do PPGSCol da UFRN • E-mail: profmonicaveloso@gmail.com

Tatiana de Medeiros Carvalho Mendes • Cirurgiã-Dentista Doutoranda do PPGSCol da UFRN • E-mail: tameca@hotmail.com

Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira • Cirurgião-Dentista • Professor do Departamento de Odontologia e PPGSCol da UFRN • Doutor em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho • E-mail: angelo.oliveira@ufrn.br

Karla Patrícia Cardoso Amorim • Cirurgiã-Dentista • Professora do Departamento de Medicina Clínica e PPGSCol da UFRN • Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN • E-mail: amorimkarla@yahoo.com.br

Janete Lima de Castro • Enfermeira • Professora do Departamento de Saúde Coletiva e do PPGSCol da UFRN • Doutora em Educação pela UFRN • E-mail: janetecastro.ufrn@gmail.com

Ana Elza Oliveira de Mendonça • Enfermeira • Professora do Departamento de Enfermagem-DENFE e PPGSCol da UFRN • Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN • E-mail: ana.elza.mendonca@ufrn.br

Fábia Barbosa de Andrade • Enfermeira • Professora do DENFE e PPGSCol da UFRN • Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN • E-mail: fabiabarbosabr@gmail.com

Autora correspondente:

Aline Patrícia dos Santos Bezerra • E-mail: enilabez@gmail.com

Submetido: 27/07/2023 Aprovado: 05/02/2024

RESUMO

Introdução: A violência autoprovoçada é um importante problema de saúde pública. Esse agravo produz impactos no campo da saúde do indivíduo, da família e da coletividade com desdobramentos sociais e econômicos. **Objetivo:** Analisar a mortalidade por violência autoprovoçada em mulheres em idade fértil no estado do Rio Grande do Norte, Brasil, entre os anos de 2012 e 2021. **Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico com abordagem quantitativa e utiliza-se como base o estado do Rio Grande do Norte. Os dados foram coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, por meio das Informações em Saúde, nas seções de estatísticas vitais e população residente com a seleção sexo feminino e faixa etária de 10 a 49 anos. **Resultados:** Entre os anos de 2012 a 2021, no estado do Rio Grande do Norte, foram registrados 213 óbitos de mulheres em idade fértil por lesões autoprovoçadas. Considerando o início e o final desse período, é possível destacar que a faixa etária de maior ocorrência de suicídio foi de 30 a 39 anos em 2012 e de 40 a 49 anos em 2021. Observou-se, nos anos avaliados, que as mulheres eram em sua maioria solteiras, de raça parda/preta e que a própria residência da vítima foi o local predominante para o desfecho da lesão autoprovoçada. No que se refere à escolaridade e à relação do óbito com período de gravidez ou puerpério é preciso ressaltar o alto índice de “Não informada” e “Ignorada” nos registros. A taxa média de mortalidade por lesões autoprovoçadas em mulheres em idade fértil entre 2012 e 2021 foi de 2,0 óbitos por cada 100.000 habitantes. **Conclusões:** Assim, conclui-se que o cenário da mortalidade por violência autoprovoçada em mulheres em idade fértil no Rio Grande do Norte necessita de estratégias para prevenção do suicídio nessa faixa etária.

Palavras-Chave: Suicídio; mulheres; mortalidade; sistemas de informação em saúde; saúde mental.

ABSTRACT

Introduction: Self-inflicted injury is a major public health problem that impacts the health, social, and economic areas of individuals, their families, and society. **Aim:** To analyze mortality by self-inflicted injury in fertile women from the Rio Grande do Norte state between 2012 and 2021. **Methodology:** This ecologic and quantitative study collected vital statistics of women aged between 10 and 49 years. Data were obtained from the Health Information Systems of the Brazilian Health Informatics Department. **Results:** A total of 213 deaths of fertile women by self-inflicted injury were registered between 2012 and 2021. Considering the age groups, most deaths occurred between 30 and 39 years in 2012 and between 40 and 49 years in 2021. In addition, women were mostly single and with brown or black skin color, and most of the self-inflicted injuries happened at their houses. Regarding education level and the relationship of death with pregnancy or postpartum, most registries presented a high incidence of “Not informed” or “Ignored” answers. Last, the mean mortality by self-inflicted injury in this population was 2.0 per 100,000 inhabitants between 2012 and

2021. **Conclusions:** Strategies must be implemented to reduce the mortality by self-inflicted injury of fertile women from the Rio Grande do Norte state.

Keywords: information system in health; mental health; mortality; suicide; women.

RESUMEN

Introducción: La violencia autoinfligida es un importante problema de salud pública. Este problema tiene impactos en la salud del individuo, la familia y la comunidad con consecuencias sociales y económicas. **Objetivo:** Analizar la mortalidad por violencia autoinfligida en mujeres en edad fértil en el estado de Rio Grande do Norte, Brasil, entre los años 2012 y 2021. **Metodología:** Se trata de un estudio ecológico con enfoque cuantitativo y utiliza como base el estado de Rio Grande do Norte. Los datos fueron recolectados del Departamento de Tecnologías de la Información del Sistema Único de Salud, a través de Información en Salud, en las secciones de estadísticas vitales y población residente con la selección del género femenino y rango de edad de 10 a 49 años. **Resultados:** Entre los años 2012 y 2021, en el estado de Rio Grande do Norte, se registraron 213 muertes de mujeres en edad fértil por lesiones autoinfligidas. Considerando el inicio y final de este periodo, es posible resaltar que el grupo etario con mayor incidencia de suicidio fue el de 30 a 39 años en 2012 y el de 40 a 49 años en 2021. Se observó, en los años evaluados, que las mujeres eran en su mayoría solteras, de raza mestiza/negra y la propia residencia de la víctima era el lugar predominante para la autolesión. En lo que respecta a la educación y la relación entre muerte y embarazo o puerperio, es necesario resaltar el alto índice de “No informados” e “Ignorados” en los registros. La tasa media de mortalidad por autolesiones en mujeres en edad fértil entre 2012 y 2021 fue de 2,0 muertes por 100.000 habitantes. **Conclusiones:** Así, se concluye que el escenario de mortalidad por violencia autoinfligida en mujeres en edad fértil en Rio Grande do Norte requiere estrategias para prevenir el suicidio en este rango de edad.

Palabras clave: Suicidio; Mujer; Mortalidad; Sistemas de información en salud; Salud mental.

Introdução

A violência autoprovocada é um importante problema de saúde pública. Ela é definida pela Organização Mundial de Saúde como a violência praticada contra si mesmo com ideação suicida, autoagressão, tentativa de suicídio e o suicídio¹. A violência auto provocada produz impactos no campo da saúde do indivíduo, da família e da coletividade e tem desdobramentos sociais e econômicos².

A mortalidade por violência autoprovocada é um fenômeno crescente. A determinação do suicídio é múltipla e complexa, e abrange tanto determinantes

exógenos quanto endógenos. No Brasil, em 2019, os suicídios resultaram em 13.523 mortes, com taxa de mortalidade de 6,1 óbitos por 100 mil habitantes na população geral. Entre 2000 e 2019, as taxas de suicídio no Brasil aumentaram, inclusive na população feminina³.

O tema suicídio tem sido por muitos anos, associado predominantemente ao universo masculino e aos adjetivos que permeiam a vida dos homens. Por vezes, defendido, culturalmente, como ato de coragem. Em contrapartida, de maneira machista, justificam-se menores taxas de suicídio em mulheres relacionado a aspectos como: fragilidade física, maior sensibilidade e menor coragem para realização de tentativas de suicídio por meios agressivos, assim, não conseguem atingir o desfecho desse ato e permanecem, prioritariamente, apenas com as tentativas e ideias. Contrariando a teoria durkheimiana, que defende este evento como fenômeno social, há evidências de que a redução da desigualdade de gênero é um fator determinante de proteção às mulheres a todos os tipos de violência, incluindo as autodirigidas^{4,5}.

Os suicídios em mulheres se mostram revestidos de significações particulares no tocante à questão de gênero, e requer, para sua compreensão, pensar que essa questão é complexa e não pode ser reduzida a explicações simplistas com base em um único modelo explicativo^{4,5}.

Estudo sobre suicídio de mulheres no Brasil ressalta que apesar de ser um assunto que precisa ser aprofundado, ainda há escassez de literatura científica sobre essa temática. Destacam os autores no referido estudo que as relações sociais instituídas no Brasil ainda são marcadas por questões que causam opressão, silêncio e violência nas mulheres, e conseqüentemente, geram desigualdades e sofrimento nessa população, sendo necessárias estratégias de proteção à integridade da mulher, que depende da capacidade institucional do Estado brasileiro, das políticas sociais afirmativas e das reiteradas tensões para mudança dos paradigmas sociais⁴.

Dentro desse contexto, torna-se fundamental um olhar voltado para a mortalidade por violência autoprovocada em mulheres em idade fértil (MIF). A redução dos óbitos nessas mulheres é de grande relevância para a saúde pública, uma vez que são mulheres no estágio mais produtivo da vida. As intervenções em MIF são

complexas e exigem respostas variadas direcionadas aos ciclos de vida específicos: adolescente, jovem e adulta⁶. A investigação dos óbitos de MIF é uma estratégia importante para qualificar os dados sobre mortalidade materna, sendo obrigatória no Brasil⁷.

Considerando que a saúde da mulher em idade fértil deve ser considerada uma prioridade pública e necessita de ações resolutivas que reduzam a morbimortalidade, o objetivo do presente estudo é analisar a mortalidade por violência autoprovocada em mulheres em idade fértil no estado do Rio Grande do Norte (RN), região nordeste do Brasil, entre 2012 e 2021, na perspectiva de contribuir para o monitoramento da saúde da mulher na fase reprodutiva e implementação de políticas públicas para essa população.

Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico com abordagem quantitativa e utiliza-se como base o estado do RN. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o RN possui uma população de 3.302.406 pessoas, divididos em 167 municípios e 08 regiões de saúde. O estudo foi realizado com dados secundários agregados do estado⁸.

Os dados foram coletados a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio das Informações em Saúde (TABNET) nas seções de Estatísticas Vitais (Sistema de Informações de Mortalidade-SIM) e população residente com a seleção sexo feminino e faixa etária de 10 a 49 anos⁹. Foram analisados os dados entre 2012 a 2021, em mulheres em idade fértil, ou seja na faixa etária de 10 a 49 anos que possuíam Classificação Internacional de Doenças (CID) X60 a X84 como causa básica de óbito.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram tratados e analisados com o auxílio dos *software Microsoft Excel* e *Jamovi*. Foram realizadas análises descritivas das frequências absolutas e relativas dos anos estudados, bem como os cálculos das taxas de mortalidade por lesões autoprovocadas de mulheres em idade fértil, considerando a constante 100.000 como fator multiplicador. Para o quantitativo da população, foram

utilizados os dados do IBGE do censo de 2010. Considerou-se um intervalo de confiança de 95% para a média.

Quanto às variáveis do estudo, foram exploradas, como variáveis dependentes, a taxa de mortalidade por violência autoprovocada em mulheres em idade fértil no RN, como variáveis independentes, faixa etária, escolaridade, estado civil, raça, local de ocorrência e morte relacionada ao período de gravidez e puerpério. Os resultados foram apresentados na forma de tabelas, gráficos e quadro.

Por se tratar de um estudo envolvendo dados secundários de domínio público, não houve necessidade de submissão do presente estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconizado pela legislação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510/2016¹⁰.

Resultados e Discussão

Os resultados encontrados neste estudo apresentam-se como forma de aproximação a uma temática ainda pouco investigada no país, caracterizando-se por seu ineditismo e por tirar da invisibilidade um tema pouco discutido. Inicialmente, revela-se uma análise descritiva dos dados de mortalidade de mulheres em idade fértil (MIF) por lesões autoprovocadas no estado do Rio Grande do Norte e a análise temporal da taxa de mortalidade no período estudado. Logo em seguida, foi desenvolvido uma proposta de planejamento estratégico e possíveis avaliações, frente ao problema de saúde encontrado.

Entre os anos de 2012 a 2021 foram registrados 213 óbitos de mulheres em idade fértil por lesões autoprovocadas, no estado do RN. Na tabela 1 são apresentadas as frequências e proporções dos óbitos por faixa etária, escolaridade, estado civil, raça, local de ocorrência e se no período de gravidez e puerpério, do início (2012) e final (2021) desse período.

De acordo com Botega¹¹ (2015) o comportamento suicida é caracterizado por todo ato pelo qual o indivíduo causa lesão a si mesmo, e contempla desde ideações e planejamentos até as tentativas e o suicídio consumado. Segundo o CID-10 considera-se como autoprovocados as lesões e os envenenamentos intencionalmente infligidos pela pessoa a si própria e as tentativas de suicídio¹².

Tabela 1 - Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por lesões autoprovocadas, segundo faixa etária, escolaridade, estado civil, raça, local de ocorrência e óbito na gravidez de 2012 e 2021. Rio Grande do Norte, Brasil, 2023.

	2012		2021	
	n	%	n	%
Faixa etária (em anos)				
10 a 14 anos	00	0,0	00	00
15 a 19 anos	01	4,2	02	7,7
20 a 29 anos	06	25,0	05	19,2
30 a 39 anos	10	41,2	09	34,6
40 a 49 anos	07	29,2	10	38,5
Escolaridade				
Nenhuma	01	4,2	00	0,0
1 a 3 anos	03	12,5	01	3,9
4 a 7 anos	04	16,7	07	27,0
8 a 11 anos	04	16,7	04	15,4
12 anos e mais	02	8,3	01	3,9
Ignorado	10	41,7	13	50,0
Estado civil				
Solteiro	13	54,2	14	53,9
Casado	04	16,7	06	23,1
Viúvo	03	12,5	00	0,0
Separado judicialmente	01	4,2	01	3,9
Outro	00	0,0	01	3,9
Ignorado	03	12,5	04	15,4
Raça				
Branca	09	37,5	03	11,5
Amarela	00	0,0	01	3,9
Parda/Preta	14	58,3	22	84,6
Ignorado	01	4,2	00	0,0
Local de ocorrência				
Hospital	06	25,0	03	11,5
Outro estabelecimento de saúde	00	0,0	02	7,7
Domicílio	16	66,7	21	80,8
Via pública	01	4,2	00	0,0
Outros	01	4,2	00	0,0
Morte relacionada à gravidez/puerpério				
Durante a gravidez, parto ou aborto	00	00	00	00
Durante o puerpério, de 43 dias a menos de 1 ano	00	00	00	00
Não na gravidez ou no puerpério	10	42,7	12	46,1
Não informado ou ignorado	14	58,3	14	53,8

Fonte: DATASUS/BRASIL, 2023

Considerando o período inicial e final do estudo, observou-se que a faixa etária de maior ocorrência de mortalidade em mulheres por lesão autoprovocada foi de 30 a 39 anos em 2012 (41,2%) e de 40 a 49 anos em 2021 (38,5%). Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, entre os anos 2010 e 2016, evidenciou-se que entre as MIF os óbitos por suicídio tiveram maiores prevalências nas faixas etárias de 30 a 39 anos (15,9%) e 40 a 49 anos (20,7%)¹³, corroborando os dados da presente pesquisa.

Quanto ao estado civil, predominaram os suicídios em mulheres solteiras, tanto em 2012 (54,2%) como em 2021 (53,9%). Esses dados coincidem com os resultados apresentados em estudo realizado no estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil, no período de 2011 a 2016, o qual evidenciou maiores proporções de mulheres solteiras que evoluíram a óbito por suicídio¹⁴.

Em relação à escolaridade, as mortes foram mais frequentes nas faixas etárias de 4 a 7 anos de estudo (16,7%) e 8 a 11 anos de estudo (16,7%) em 2012 e 4 a 7 (27%) anos de estudo em 2021. Estudo realizado em um estado do sul do Brasil revelaram taxas mais altas de suicídio também entre a população com até sete anos de estudo¹³.

Quanto à raça, predominaram as mortes autoprovocadas em MIF da raça parda/preta nos dois períodos analisados, tendo aumentado de 58,3%, em 2012, para 84,6% em 2021. Esse mesmo padrão foi encontrado em outro estudo, realizado no estado de Alagoas, nordeste do Brasil¹⁵. Enquanto os dados de abrangência nacional, em estudo realizado entre os anos de 2010 a 2019, apontam maiores taxas de suicídio em mulheres de raça/cor branca¹⁶.

O Brasil, um país heterogêneo, de extensão territorial continental, experimentou importantes avanços em aspectos culturais e socioeconômicos, impulsionados, inclusive, pela força do movimento feminista a partir do século XX, que culminaram no surgimento de novas configurações sociais, fragilizando de modo conjunto a dicotomia entre o modelo do homem provedor e da mulher cuidadora. Porém, apesar das transformações, a desigualdade de gênero ainda persiste, sendo mais acentuada em: mulheres negras, nas que vivem em situações de extrema pobreza,

fora do mercado formal de trabalho e/ ou em subempregos, e dissidentes da cisnormatividade compulsória^{4,6}.

No que concerne ao local de ocorrência, predominou o próprio domicílio nos dois períodos analisados, sendo observado um aumento de 66,7% de 2012 para 80,8% em 2021. Cenário semelhante foi encontrado em estudos realizados em estados na região Nordeste¹⁵ e Sudeste¹⁷ do Brasil, os quais sugerem que esse desfecho possa estar relacionado tanto ao contexto familiar de conflitos ou desestruturação, como também ao fácil acesso aos meios de consumação do suicídio^{15,17}.

De acordo com os dados apresentados na tabela I, nenhuma morte ocorreu durante a gravidez ou puerpério (42,7% e 46,1% em 2012 e 2021, respectivamente). Destaca-se ainda, que no registro desse evento mais de 50% dos casos analisados foram classificados como “não informada” e ignorada” no que se refere à escolaridade e a relação do óbito com período de gravidez ou puerpério. Estes fatos apontam para uma possível subnotificação e subregistro dessas informações nos instrumentos dos sistemas de informações em saúde oficiais.

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde ressalta que globalmente o suicídio é responsável por 70% das mortes violentas entre mulheres, sendo necessários para uma prevenção eficaz do suicídio e tentativas de suicídio uma melhor disponibilidade e qualidade dos registros e notificação dos dados¹⁸.

No Brasil, há deficiência de registros completos na Declaração de Óbito, sendo de fundamental importância o preenchimento de todos os dados das Declarações de Óbito de mulheres em idade fértil. O registro inadequado compromete o desenvolvimento, implementação e avaliação de ações para reduzir a ocorrência das mortes, como a morte materna. Para sanar as incompletudes dos registros civis, é necessário o empenho de todos os profissionais de saúde, com destaque para o profissional médico, responsável legal pelo preenchimento dessas declarações¹⁴.

A tabela 2 apresenta a análise descritiva da média, mediana e desvio padrão considerando o registro dos óbitos nos 167 municípios do estado do RN. Observa-se que 70 municípios do estado registraram óbitos por lesões autoprovocadas

em mulheres em idade fértil, restando um quantitativo 97 municípios no RN sem informação sobre esse achado. O número total de óbitos entre 2012 e 2020 variou entre de 0 a 7 óbitos por município. A maior média foi observada no ano de 2016 (média: 0,386) e a menor no ano de 2013 (média 0,200).

Tabela 2 - Distribuição da média, mediana e, desvio padrão dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por lesões autoprovocadas, 2012- 2021. Rio Grande do Norte, Brasil, 2023.

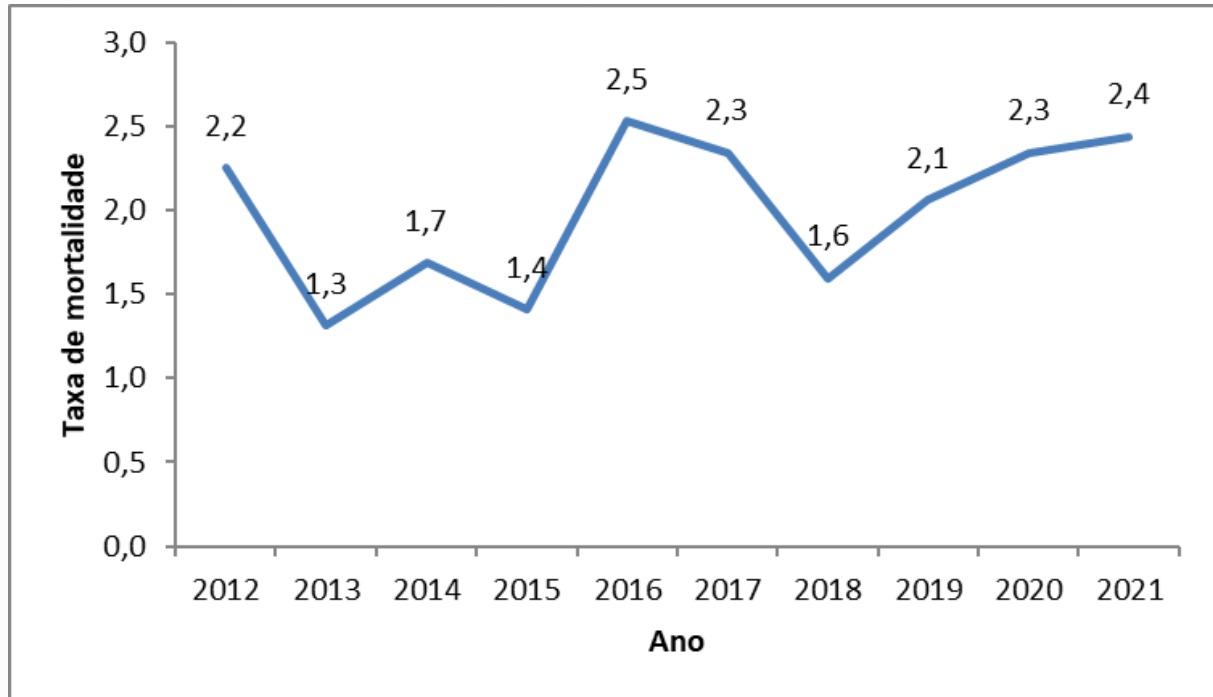
Óbitos por municípios	Mortalidade									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
n	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
Média	0.343	0.200	0.257	0.214	0.386	0.357	0.243	0.314	0.357	0.371
Erro padrão	0.125	0.0693	0.0753	0.0952	0.134	0.106	0.0591	0.0944	0.0735	0.110
IC	0.0974 /0.588	0.0642/0.336	0.110 /0.405	0.0277 /0.401	0.123 /0.648	0.150 /0.565	0.127 /0.359	0.129 /0.499	0.213 /0.501	0.156 /0.587
Mediana	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Desvio padrão	1.05	0.580	0.630	0.797	1.12	0.885	0.494	0.790	0.615	0.920
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	7	4	4	5	7	5	2	5	3	5

Fonte: DATASUS/BRASIL,2023

O Gráfico 1 exibe a taxa de mortalidade específica por lesões autoprovocadas de mulheres em idade fértil (por 100.000 habitantes), no estado do RN, no período de 2012-2021. Pode-se observar que a taxa média de mortalidade por lesões autoprovocadas em mulheres em idade fértil (por 100.000 habitantes) no estado do RN entre 2012 e 2021 foi de 2,0 óbitos por cada 100.000 habitantes. A menor taxa foi

observada no ano de 2013 (1,3 óbitos por 100.000 habitantes) e a maior no ano de 2021 (2,4 óbitos por 100.000 habitantes). Apesar das oscilações, o RN exhibe um comportamento crescente desde 2018.

Gráfico 1. Taxa de mortalidade específica por lesões autoprovocadas de mulheres em idade fértil, 2012-2021. Rio Grande do Norte, Brasil, 2023.



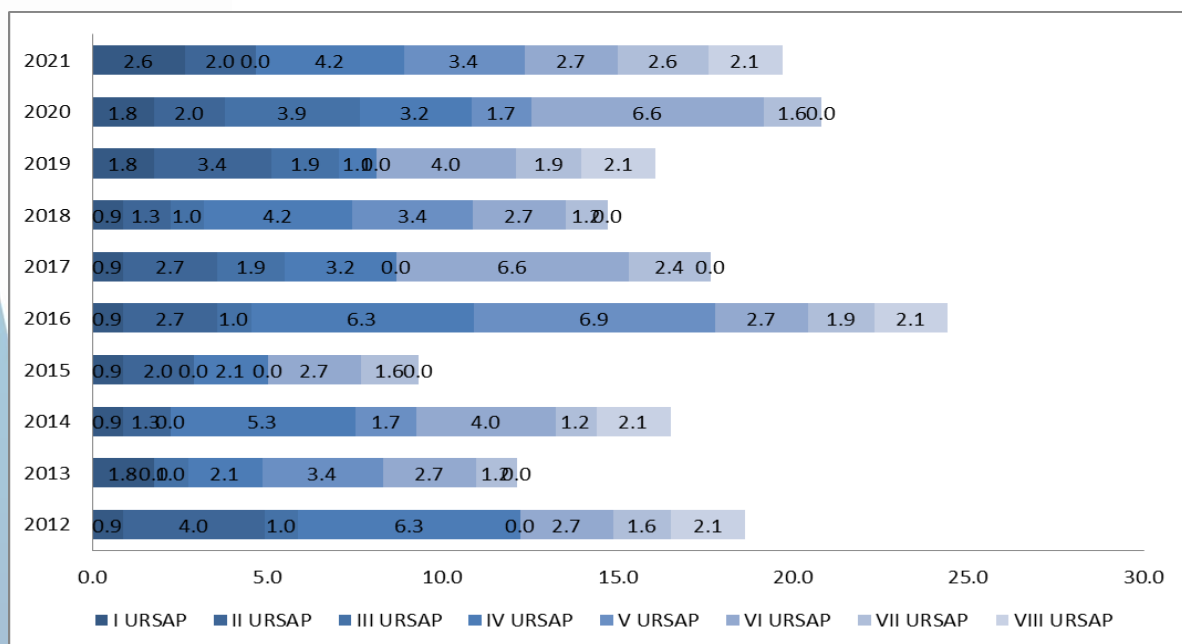
Fonte: SIM/DATASUS/IBGE/BRASIL, 2023

A partir de março de 2020, quando foi decretada pela Organização Mundial de Saúde a COVID-19 enquanto pandemia, a preocupação com a saúde mental da população foi intensificada e pode ser descrita como uma dessas crises, a qual tem se caracterizado como um dos maiores problemas de saúde pública internacional das últimas décadas. A preocupação com a saúde mental da população se intensifica durante a pandemia da COVID-19 e pode ser descrita como uma dessas crises, a qual tem se caracterizado como um dos maiores problemas de saúde pública internacional das últimas décadas. Um evento como esse ocasiona perturbações psicológicas e sociais que afetam a capacidade de enfrentamento de toda a sociedade, em variados níveis de intensidade e propagação²⁰. Chama-se atenção para essa análise pois o período pandêmico não foi suficiente para estagnar a mortalidade, pelo contrário, evidenciou-se aumento da mesma de acordo com a série histórica apresentada.

O suicídio representa 1,4% de todas as mortes em todo o mundo, tornando-se, em 2012, a 15ª causa de mortalidade na população geral; entre os jovens de 15 a 29 anos, é a segunda principal causa de morte. Estudo sobre suicídio no RN em mulheres, entre 2011 e 2020, também mostrou crescimento na taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas. A maior taxa de suicídio encontrado em mulheres no referido estudo foi no ano de 2020 (3,29 por 100 mil), superior ao percentual global, possivelmente devido aos efeitos da pandemia da COVID-19 e efeitos da crise socioeconômica associada²¹.

A mortalidade por suicídio é considerada baixa, quando os coeficientes são menores que 5 óbitos/100 mil habitantes; média, quando os coeficientes se situam entre cinco e menos de 15 óbitos/100 mil habitantes; alta, entre 15 e menos de 30 óbitos/100 mil habitantes, e muito alta, quando os coeficientes são de 30 óbitos/100 mil habitantes, ou maiores²². Sendo assim, o estudo apresenta coeficientes de mortalidade baixos, mas, há necessidade de compreender as múltiplas singularidades que um óbito por violência autoprovocada intencionalmente em mulheres em idade fértil.

Gráfico 2. Taxa de mortalidade específica por lesões autoprovocadas de mulheres em idade fértil, segundo unidade regional de saúde pública (URSAP), 2012-2021. Rio Grande do Norte, Brasil, 2023.



Fonte: SIM/DATASUS/IBGE/BRASIL, 2023

Nessa conjuntura, o cenário internacional reforça esse evento como importante problema de saúde pública global. Nos Estados Unidos a taxa de suicídio para mulheres adultas vem aumentando ao longo do tempo. Entre 2005 e 2017 a taxa aumentou aproximadamente 34%, sendo que no ano de 2017 a taxa ajustada por idade da população adulta feminina dos EUA por 100.000 foi de 7,8²³.

Em 2021, a taxa de morte por suicídio de mulheres na Coreia foi de 16,2 por 100.000 habitantes, um aumento de 1,4% em relação à taxa do ano anterior. As taxas de suicídio entre mulheres na faixa dos 20 e 30 anos aumentaram neste país, especialmente desde a pandemia da doença por coronavírus de 2019²⁴.

Estudo de autópsia verbal na zona rural de Tamil Nadu, sul da Índia, revelou que nas idades de 15 a 24 anos a taxa de suicídio feminino era 109/100.000, sendo a probabilidade de morte por suicídio entre 15 e 44 anos de 2,6% para as mulheres. Os autores destacam que o suicídio na Índia está associado a uma série complexa de fatores, tais como pobreza, baixo nível de alfabetização, desemprego, violência familiar, colapso do sistema familiar conjunto, ideais românticos não realizados, conflitos intergeracionais, perda de emprego ou de um ente querido, fracasso nas colheitas, dentre outros²⁵.

No Nepal, houve um considerável aumento na contribuição do suicídio (16%) para mortes de mulheres em idade reprodutiva, de modo que o suicídio em 2009 foi a principal causa de morte entre mulheres em idade reprodutiva²⁶. Estudo mostrou que o contexto social caracterizado pelo patriarcado, pela desigualdade de gênero, pela pobreza, por normas socioculturais rígidas, relações familiares e conjugais conflituosas no Nepal contribuem para essa realidade pois tornam as mulheres vulneráveis à ideação suicida, tentativas de suicídio e automutilação²⁷.

A análise da mortalidade de mulheres em idade fértil por violência autoprovocada intencionalmente, colaboram diretamente para a análise global do mesmo indicador em nível estadual. Evidenciou-se crescimento significativo nas regiões de saúde referentes a I Região de Saúde, com sede no município de São José de Mipibu; V Região de Saúde com sede no município de Santa Cruz e na VII Região

de saúde, tendo como sede a capital do estado. Nas demais regiões de saúde, observou-se padrões de oscilação ou estagnação, o que não inviabiliza a tomada de decisão para prevenção de mortes por violência autoprovocada intencionalmente.

O quadro 01 apresenta uma proposta de planejamento estratégico e avaliação em saúde acerca da mortalidade por violência autoprovocada em mulheres em idade fértil no RN, com o objetivo de nortear gestores e profissionais de saúde no desenvolvimento de ações de cuidados com um olhar voltado para prevenção de violência autoprovocada nessa população, e meta de reduzir em 10%, em um ano a referida taxa de mortalidade.

Quadro 1 - Planejamento e avaliação em saúde acerca da mortalidade por violência autoprovocada na população do Rio Grande do Norte, Brasil, 2023.

MATRIZ LÓGICA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E AVALIAÇÃO	
Ação 1: Desenvolvimento de ações de prevenção da violência autoprovocada como causa básica de morte em mulheres em idade fértil e de promoção da saúde	
Descrição da ação:	Desenvolvimento de ações de prevenção da violência autoprovocada como causa básica de morte e promoção da saúde mental das mulheres, buscando engajamento da família e da comunidade.
Problema:	Poucas ações de prevenção de violência autoprovocada como evento de saúde pública para mulheres em idade fértil e promoção da saúde mental.
Objetivo:	Desenvolver ações de enfrentamento, prevenção e promoção da saúde mental das mulheres em idade fértil e identificação de pessoas em situação/tentativa de violência autoprovocada através de educação permanente em saúde para a rede de saúde com foco na atenção primária em saúde (APS) e rede de atenção psicossocial (RAPS).
Meta:	80% de profissionais da APS e da RAPS capacitados.
Responsáveis:	Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Secretarias Municipais de Saúde. Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-RN) Conselho Estadual de Saúde (CES-RN) Organização Não Governamental (ONGs)
Equipe de apoio:	Unidade Regionais de Saúde de Saúde Pública. Subcoordenadoria de APS/SESAP. Coordenação da RAPS/SESAP. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Prazo:	1 ano.
Recursos didáticos:	E-books com orientações, vídeos educativos, propagandas midiáticas, plataformas digitais para reunião, panfletos.
Recursos financeiros	Pactuação bipartite e interregional.
Indicadores:	Capacitação de 80% dos profissionais da APS e da RAPS.
Avaliação:	Análise da implantação; Análise dos efeitos; Análise estratégica; Análise lógica.

Ação 2: Fortalecimento da vigilância da violência autoprovocada em mulheres em idade fértil através da notificação compulsória.	
Descrição da ação:	Aperfeiçoamento e ampliação da gestão da vigilância epidemiológica da violência autoprovocada em mulheres em idade fértil.
Problema:	Subnotificação dos casos de violência autoprovocada em mulheres em idade fértil. Dificuldades no preenchimento das fichas de notificação do SINAN e na completude da declaração de óbito (DO).
Objetivo:	Ofertar oficinas de integração da rede de saúde com a rede de apoio intersetorial através da operacionalização do SINAN e completude das fichas, bem como estabelecimento de fluxos entre os serviços de saúde e os equipamentos intersetoriais parceiros no território.
Meta:	Ampliar em 50% o número de notificações fomentando o monitoramento e avaliação a partir dos dados e informações produzidas intersetorialmente.
Responsável:	Secretaria Estadual de Saúde Pública do RN. Secretaria de Estado do Trabalho, da Habitação e da Assistência Social do RN Secretaria de Estado da Educação, da Cultura, do Esporte e do Lazer do RN Secretaria da Segurança Pública e da Defesa Social do RN. Ministério Público do RN.
Equipe de apoio:	Secretarias Municipais de Saúde. Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-RN) Conselho Estadual de Saúde (CES-RN)
Prazo:	1 ano.
Recursos didáticos:	Laboratório de informática do Instituto Federal do Rio Grande do Norte da região ou macrorregião. Blocos de anotações. Papel madeira. Canetas coloridas. Auditório do Instituto Federal do Rio Grande do Norte.
Recursos financeiros	Pactuação bipartite e interregional.
Indicadores:	Ampliação de 50% no número de notificações epidemiológicas intersetoriais.
Avaliação:	Análise dos efeitos; Análise estratégica; Análise lógica.
Ação 3: Melhoria da vigilância da violência autoprovocada em mulheres em idade fértil através da declaração de óbito.	
Descrição da ação:	Aperfeiçoamento e ampliação da gestão da vigilância epidemiológica da violência autoprovocada em mulheres em idade fértil por meio da declaração de óbito.
Problema:	Incompletude de informações na declaração de óbito sobre a mortalidade por violência autoprovocada de mulheres segundo a faixa etária.
Objetivo:	Ofertar oficinas de capacitação para médicos legistas do Instituto Técnico-Científico de Perícia das cidades de Natal, Caicó e Mossoró.
Meta:	Ampliar em 80% a completude da declaração de óbito da violência autoprovocada em mulheres em idade fértil.
Responsável:	Secretaria Estadual de Saúde Pública do RN. Instituto Técnico-Científico de Perícia
Equipe de apoio:	Unidades regionais de saúde pública (URSAP); Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-RN).

Prazo:	6 meses.
Recursos didáticos:	Laboratório de informática do Instituto Federal do Rio Grande do Norte da região ou macrorregião. Blocos de anotações. Canetas coloridas. Auditório do Instituto Federal do Rio Grande do Norte.
Recursos financeiros	Pactuação bipartite.
Indicadores:	Ampliação de 80% da completude da declaração de óbito de violência autoprovoçada de mulheres em idade fértil.
Avaliação:	Análise dos efeitos; Análise estratégica; Análise lógica.
Ação 4: Fortalecimento da rede de atenção psicossocial no RN e de sua articulação com a rede intersetorial na rede de proteção a pessoa em situação de violência autoprovoçada.	
Descrição da ação:	Fortalecimento da rede de atenção psicossocial no Rio Grande do Norte e articulação intersetorial, na perspectiva de aumentar a capacidade de acolhimento e compartilhamento do cuidado na rede de proteção à pessoa em situação de violência autoprovoçada.
Problema:	Pouca resolutividade da rede de atenção psicossocial (RAPS) frente às doenças e agravos relacionados à saúde mental, com ênfase na ideação suicida.
Objetivo:	Elaborar/instituir/publicizar um protocolo estadual de atenção integral às pessoas em situação de violência autoprovoçada com capítulos destinados à situação de região de saúde, baseados na intersetorialidade.
Meta:	Implantar e implementar protocolos estaduais de atenção integral às pessoas em situação de violência com ideação suicida.
Responsável:	Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Secretarias Municipais de Saúde. Organismos não governamentais (ONGs). Secretaria de Estado do Trabalho, da Habitação e da Assistência Social do RN. Secretaria de Estado da Educação, da Cultura, do Esporte e do Lazer do RN. Secretaria da Segurança Pública e da Defesa Social do RN. Ministério Público do RN.
Equipe de apoio:	Unidade Regionais de Saúde de Saúde Pública. Subcoordenadoria de APS/SESAP. Coordenação da RAPS/SESAP. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-RN). Conselho Estadual de Saúde (CES-RN).
Prazo:	6 meses
Recursos didáticos:	Salas de aulas do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva - NESC. Vídeos didáticos. Laboratório de informática do NESC. Bloco de anotações. Canetas. Almoço.
Recursos financeiros	Pactuação bipartite e interregional.
Indicadores:	Implantação e implementação do Protocolo no estado do RN.

Fonte: Os autores (2023).

Para Matus²⁸ (1993) o planejamento é o principal caminho para alcançar resultados efetivos e transformar realidades. Por meio de análise situacional, de elaboração de planos e de desenvolvimento de capacidades, as organizações se preparam para intervir em cenários colocados como desafiadores para a sociedade. O planejamento estratégico é a coluna vertebral do enfrentamento de crises, como parâmetro para as decisões e referência para as ferramentas de análises e para os instrumentos de gestão²⁹.

Reconhecendo a magnitude desse evento e o impacto de longo alcance do suicídio em familiares, amigos e comunidades, a OMS defende que os países implementem medidas para prevenção do suicídio por meio de uma estratégia nacional abrangente. Nesse sentido, e em consonância com as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas e do Plano de Ação de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde para reduzir a taxa global de mortalidade por suicídio, em 2021 a OMS lançou um guia que detalha os aspectos práticos de intervenções baseadas em evidências que visam prevenir o suicídio, por meio de seis pilares transversais fundamentais: i. análise da situação ii. colaboração multisetorial; iii. sensibilização e advocacia; iv. capacitação; v. financiamento e, vi. vigilância, monitoramento e avaliação³⁰.

Considerando que o encaminhamento de pessoas para atendimento psicológico manifestando ideação suicida e/ou tentativa de suicídio no contexto da saúde pública constitui-se em uma constante na prática de trabalho faz-se necessária a discussão e compreensão deste fenômeno para fins de articulações de possíveis formas de intervenção efetivas sobre tal demanda. Em 2015, a Secretaria Municipal de Saúde de Maringá/PR, por exemplo, criou o Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio, o qual, diante da demanda observada e, em consonância com as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, objetiva gerenciar e direcionar as ações de prevenção e posvenção do suicídio no município através do processo de organização e sistematização de suas ações na Rede de Atenção Psicossocial à Saúde do município³¹.

Martin et al³² (2021) destacam a importância de as políticas públicas serem implementadas com qualidade e de modo efetivo na atenção primária à saúde, promovendo melhorias nas condições de saúde das mulheres. Ressaltam que apesar de inúmeros desafios existentes nos serviços da atenção primária, as mulheres em idade reprodutiva são jovens, passíveis de promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado integral conforme preconiza as políticas públicas de saúde da mulher.

Dentre esses desafios, pode-se citar o sub registro, já citado anteriormente nesse estudo, nas unidades de saúde do SUS, o qual mostra a importância da promoção de educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas³³. Nesse sentido, os órgãos formadores e associações de classe podem também contribuir nas capacitações dos médicos para o preenchimento adequado e completo da Declaração de Óbito²⁴.

Além de capacitações com o olhar voltado para melhorias dos registros das informações, é imprescindível também processos de educação permanente voltados para os profissionais na temática de saúde mental, a fim de que o SUS ofereça um serviço com qualidade, resolutividade e integralidade aos usuários. Tavares³⁴ (2006) ressalta que a educação permanente dos trabalhadores na área de saúde mental exige processos educativos mais amplos e problematizadores, que vão além das competências específicas, e visem o desenvolvimento de conhecimentos de caráter interdisciplinar.

No entanto, questões estruturais de âmbito sociopolítico que cercam o suicídio em mulheres, como a violência e as desigualdades de gênero, devem ser discutidas e contempladas em políticas públicas relativas a este contexto³. Ou seja, é necessário avançar na compreensão crítica que o suicídio tem causas multideterminadas, para além do âmbito biomédico.

É fundamental que seja realizado o acompanhamento e monitoramento dos casos de suicídio e tentativas de suicídio pela rede de atenção à saúde, bem como de seus fatores determinantes, condicionantes e protetores, a fim de que esses dados subsidiem ações oportunas de acolhimento e cuidado longitudinal aos usuários tanto na APS como na RAPS. A criação e expansão da referida rede, possibilita a ampliação

do acesso à atenção psicossocial, a regulação, organização da demanda, e articulação de ações intersetoriais, qualificando o cuidado prestado ao usuário^{16,35}.

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde é estratégica para a prevenção do suicídio e tentativas de suicídio, apresentando elevado potencial para o desenvolvimento de estratégias e ações que propiciem a identificação e intervenção precoce em casos de risco e situações de vulnerabilidade¹⁶.

Por fim ressalta-se a importância da articulação intersetorial envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras, para a prevenção do suicídio. Assumindo importante papel o envolvimento dos vários setores da sociedade para implementação efetiva da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio no Brasil³³.

A referida política tem dentre os seus objetivos: garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio; informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção; enfatizar a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio; e promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas³³.

Conclusões

Este estudo mostra o cenário da mortalidade por violência autoprovocada em mulheres em idade fértil, que se assemelha à mortalidade de mulheres, independente da faixa etária por esta causa. A evidência de que qualquer comportamento suicida está fortemente associado às tentativas ou ao suicídio consumado, como também aos outros tipos de violência como a interpessoal por parceiros íntimos, demonstra a urgência de intervenções coletivas.

Além disso, é preciso dar efetividade à Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Empregar um modelo preventivo para identificar pessoas que possam estar em risco é mais eficaz para a redução da taxa de suicídio do

que se concentrar na limitação do acesso aos métodos. Assim, compreender e identificar fatores que colocam em risco mulheres em idade fértil é uma estratégia de prevenção a médio e longo prazo, até a vida adulta, considerando também a mortalidade materna e redução da população de nascidos vivos.

O estudo apresenta limitações por se tratar de dados secundários, contudo, traz reflexões importantes sobre a necessidade de melhoria da informação dos sistemas de saúde brasileiros, preenchimento das declarações de óbitos e ações de qualidade direcionadas a essa clientela.

Referências

1. Organização mundial de saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2002. [citado 15 jul 2023] Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) [internet]. Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS [citado e Jul 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília, 2021. [citado 3 Jul 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf.
4. Dantas ESO, Meira KC, Bredemeier J, Amorim, KPC. Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. Cien Saude Colet. 2023; 28(05): 1469-1477. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.16212022>.
5. Marquetti FR, Marquetti FC. Suicídio e feminilidades. Cad Pagu. 2017; (49):e174921. <https://doi.org/10.1590/18094449201700490021>.
6. Albert SBZ, Martinelli KG, Zandonade E, Santos Neto ETD. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil de 2006 a 2019: causas e tendências. Rev Bras Estud de Popul. 2023; 40:e0233. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0233>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [citado 1 Jul 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf. Acesso em 01 jul. 2023.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [internet]. Censo 2010. [citado 1 Jul 2023 Jul 1]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br>.

9. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS. TabNet) [internet]. Brasil, 2023. [citado 1 Jul 2023]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>.
10. Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Procedimentos Metodológicos Característicos das Áreas de Ciências Humanas e Sociais. Brasília, 2016. [cited 2023 Jul 1]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
11. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.
12. Organização Mundial de Saúde. CID-10 – Vol.1: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10º Revisão. São Paulo: EDUSP, 2017.
13. Fattah N, Silva EV, Cruz CW, Amazarray MR. Perfil epidemiológico do suicídio no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, de 2010 a 2016. Cad Saúde Colet. 2021;29(4):561-574. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040017>.
14. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Suicídio. Saber, agir e prevenir. 2017;48(30). 15. [citado 3 Jul 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentacoes/2017/2017-025-perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-brasil-e-a-rede-de-atendimento-sa-de-pdf>.
15. Teixeira LM, Santos AAP, Santos JAM, Oliveira JCS, Santos WB, Rodrigues RPGTO et al. Mortalidade por suicídio em mulheres com idade fértil. Research, Society and Development. 2020;9(11): e419119565. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9565>.
16. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Boletim epidemiológico. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. 2021;52(33):10. [citado 3 Jul 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 03 jul. 2023.
17. Ribeiro NM, Castro S de S, Scatena LM, Haas VJ. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. Texto contexto - enferm. 2018;27(2):e2110016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002110016>.
18. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: 2014. [citado 3 Jul 2023]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1
19. Gil MM, Gomes-Sponholz FA. Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos. Rev Bras Enferm. 2013;66(3):333-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300005>.
20. Brasil. Ministério da saúde. Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo Coronavírus 2019-nCoV: centro de operações de emergências em saúde pública (COE-nCoV). Brasília: 2020 [citado 16 Jul 2023]. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/plano-contingencia-coronavirus-covid19.pdf>.
21. Meira KC, Jesus JC, Rodrigues WTS, Dantas ESO. Suicídio no estado do Rio Grande do Norte sob a perspectiva de gênero. (SYN)THESIS. 2022;15(1):71-88. <https://doi.org/10.12957/synthesis.2022.69291>.
22. Diekstra RFW, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. Wld Hlth Sta Q. 1993;46:52-68. [citado 05 Jul 2023]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/48670>.

23. O'Brien RW, Tomoyasu N. Women and Suicide: Moving Forward on a Troubling Problem. *Med Care.* 2021;59:S4-S5. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001479>
24. Jang H, Lee S, Park S, Kang B, Choi H. Analysis of suicide statistics and trends between 2011 and 2021 among Korean women. *Korean J Women Health Nurs.* 2023;29(4):348-356. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2023.12.14.1>
25. Gajalakshmi V, Peto R. Suicide rates in rural Tamil Nadu, South India: verbal autopsy of 39 000 deaths in 1997-98. *Int J Epidemiol.* 2007;36(1):203-7. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl308>
26. Pradhan A, Suvedi BK, Barnett S, Puri M, Chitrakar SR, Poudel P, et al. Nepal maternal mortality and morbidity study 2008/2009: summary of preliminary findings. Family Health division, Department of Health Services, Kathmandu: Ministry of Health, Government of Nepal. 2010. [citado 16 Jan 2024]. Disponível em http://www.dpiap.org/resources/pdf/nepal_maternal_mortality_2011_04_22.pdf
27. Kasaju, S.P., Krumeich, A. & Van der Putten, M. Suicide and deliberate self-harm among women in Nepal: a scoping review. *BMC Women's Health.* 2021;(21):407. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01547-3>.
28. Matus C. Política, Planejamento e Governo. Tomo I e II. Brasília: IPEA; 1993.
29. Caleman G. Silva WM. Gomes AF. Pinho APNM. Peres LVC. Ferreira CSW. O planejamento estratégico situacional em tempos de crise. In: Santos AO. Lopes LT, organizadores. Planejamento e gestão. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; 2021. p. 40-50. [citado 16 Jul 2023]. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid-19-volume2.pdf>.
30. World Health Organization. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Genebra: 2021. [citado 16 Jan 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341726/9789240026629-eng.pdf?sequence=1>
31. Antoniassi R, Rodacoski G, Figel F. Propostas de ações do comitê de prevenção e posvenção do suicídio em uma Secretaria Municipal de Saúde. *Revista de Saúde Pública do Paraná.* 2019;2(Supl 2):11-5. <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2supl2p11>.
32. Martins DC. Silva GMD. Pesce GB. Fernandes CAM. Avaliação dos atributos da Atenção Primária a Saúde com mulheres em idade reprodutiva. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(3):e20210015. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0015>.
33. Brasil. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Vigência. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 26 abr. 2019. (Seção 1):1. [citado 16 Jan 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm
34. Tavares CMM. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto contexto - enferm.* 2006;15(2):287-95. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200013>.
35. Garbin CAS. Santos LFP. Moimaz SAS. Saliba O. A operacionalização do SUS na prevenção e condução de casos de suicídios: análise documental. *Rev Ciênc Plural.* 2019;5(2):129-42. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2019v5n2ID17528>.