



## **A prevenção ao suicídio e sua relação com a área do Desenvolvimento Regional: reflexões para uma abordagem interdisciplinar**

Carlos Stavizki Junior<sup>1</sup>

**Resumo:** Este trabalho dedicasse à reflexão crítica sobre as políticas de prevenção ao suicídio criadas no Brasil e sua relação com o Desenvolvimento Regional. Analisa-se, empiricamente, as interlocuções entre o tratamento de fatores de risco para o suicídio e a abordagem interdisciplinar, ligada às práticas de promoção da saúde mental e qualidade de vida. A partir de uma análise histórica sobre as principais estratégias de prevenção ao suicídio desenvolvidas no país, percebe-se a prevalência da lógica de tratamento psiquiátrico e medicamentoso de sujeitos com ideação suicida. Entende-se que estas abordagens criam barreiras ao trabalho interdisciplinar e fortalecem estigmas relacionados ao fenômeno. Conclui-se que a área do Desenvolvimento Regional pode contribuir para o aperfeiçoamento de práticas interdisciplinares na prevenção ao suicídio, considerando as determinações dos territórios.

**Palavras-chave:** Suicídio; Políticas Públicas; Território; Desenvolvimento Regional.

---

### ***Suicide prevention and its relation to the area of Regional Development: reflections for an interdisciplinary approach***

**Abstract:** *This paper is dedicated to critical reflection on suicide prevention policies created in Brazil and their relation to Regional Development. It analyzes, empirically, the interlocutions between the treatment of risk factors for suicide and the interdisciplinary approach, linked to practices of mental health promotion and quality of life. From a historical analysis of the main suicide prevention strategies developed in the country, one can see the prevalence of the logic of psychiatric and drug treatment of subjects with suicidal ideation. It is understood that these approaches create barriers to interdisciplinary work and strengthen stigmas related to the phenomenon. We conclude that the area of Regional Development can contribute to the improvement of interdisciplinary practices in suicide prevention, considering the determinations of the territories.*

**Keywords:** *Suicide; Public Policies; Territory; Regional Development.*

---

<sup>1</sup> Assistente Social e Mestre em Desenvolvimento Regional; Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (PPGDR); Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC); Santa Cruz do Sul; Rio Grande do Sul; Brasil. Bolsista CAPES – Modalidade I. E-mail: [cstavizki@gmail.com](mailto:cstavizki@gmail.com).



## Introdução

O suicídio se configura como uma das principais causas de mortalidade no planeta e um problema de saúde pública da contemporaneidade. Nas últimas décadas, a morte autoprovocada, na maioria dos países, chegando a cometer mais de 1.000.000 (um milhão) de pessoas anualmente (OMS, 2020). No Brasil, as taxas de óbitos e de tentativas de suicídio vem crescendo gradativamente desde a década de 1990, tornando-se uma das cinco principais causas de óbito entre adolescentes e jovens adultos no país (SIM, 2021). Ademais, o suicídio se destaca como um fenômeno complexo e de difícil resolução, devido às contradições teóricas sobre suas determinações e formas de prevenção.

Neste trabalho, apresentam-se reflexões sobre os conflitos presentes no debate sobre este fenômeno, sobretudo na relação dicotômica entre biomedicina e abordagens interdisciplinares. Compreende-se, que o tema está, historicamente, relacionado às áreas da psiquiatria e psicanálise, limitando a intervenção multidisciplinar e interdisciplinar. Considera-se que as abordagens centradas nos “sintomas” ou “fatores de risco” para o suicídio não demonstram uma efetiva superação do problema, tampouco contribuí para a diminuição das taxas de suicídio no país e no mundo. Para isso, sugere-se a inclusão de novas áreas do conhecimento, que abordem o fenômeno de forma ampla e contextualizada, visando não apenas “tratar” o sujeito com ideação suicida, mas agir nas determinações sociais causadoras de sofrimento e desesperança.

Para isso, elaborou-se um levantamento histórico das principais estratégias e políticas de prevenção ao suicídio desenvolvidas no Brasil no século XXI, destacando a relação destas ações com o trabalho interdisciplinar. Em seguida, analisou-se empiricamente o reflexo destas políticas nos territórios, utilizando como palco para esta discussão o estado do Rio Grande do Sul (historicamente o estado com as maiores taxas de suicídio do país). Por fim, analisa-se às contribuições da área do Desenvolvimento Regional para ampliação deste debate, relacionando suas potencialidades e limitações sobre o tema, no contexto brasileiro.

O trabalho está dividindo em três partes. A primeira, refere-se aos planos e ações de prevenção ao suicídio desenvolvidos no Brasil e suas orientações teóricas e práticas para elaboração de políticas públicas. Na segunda parte, destaca-se a relevância do tema para às diferentes áreas do conhecimento, ressaltando o próprio desenvolvimento da ciência em relação ao fenômeno e os desafios para implementação de uma agenda de pesquisa interdisciplinar sobre o suicídio. Por fim, apresentam-se considerações sobre o trabalho e a necessidade de incluir a temática da prevenção ao suicídio nas agendas de pesquisa e de políticas públicas no Brasil, justificando a relevância da área do Desenvolvimento Regional neste debate.



## **A prevenção ao suicídio no Brasil nas últimas décadas (2000 – 2020)**

O século XXI trouxe novos arranjos políticos sobre a temática do suicídio no mundo, especialmente pelo lançamento, em 2000, do *Suicide Prevention Program* (SUPRE) — programa de prevenção ao suicídio criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Já naquele início dos anos 2000, o suicídio se configurava como uma das principais causas de morte no planeta, apesar da maioria dos países não ter sistemas confiáveis de informação sobre mortalidade que contemplasse as lesões autoprovocadas (OMS, 2000). A partir da SUPRE e de suas recomendações aos governos nacionais para que fomentassem a prevenção ao suicídio, o Brasil passou a investir neste objetivo e a desenvolver estratégias nacionais para o enfrentamento da problemática.

Neste processo, criou-se a primeira iniciativa de âmbito nacional para prevenção ao suicídio no país, chamada de Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio (Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006). Estas Diretrizes foram incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), criando mecanismos para registrar, monitorar e intervir em casos de tentativa de suicídio, além de incentivar a elaboração de campanhas de prevenção. Esta iniciativa abriu caminho para a criação de políticas públicas locais e regionais, que surgiram no país na década seguinte. A influência das recomendações internacionais e a ampliação do debate na sociedade fizeram com que a temática alcançasse novos atores, instituições e áreas do conhecimento, possibilitando um maior dinamismo para a formulação de políticas públicas (STAVIZKI JUNIOR, 2021).

Entretanto, a predominância da psiquiatria e da psicologia no debate fez com que à abordagem interdisciplinar perdesse espaço; enquanto às abordagens individualizantes ampliaram sua influência na elaboração de políticas de prevenção ao suicídio no Brasil. É o caso das próprias Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio, que inicialmente traziam uma perspectiva ampliada sobre o fenômeno, incluindo, entre outros aspectos, o trabalho conjunto entre profissionais da saúde, da educação, da segurança pública e dos meios de comunicação (televisão, rádio e jornal). Entretanto, em pouco tempo as Diretrizes foram sendo substituídas por “protocolos” de atendimento, que limitavam a ação profissional ao acolhimento e encaminhamento de casos de ideação ou tentativa de suicídio aos profissionais de referência em saúde mental — com o passar dos anos, os encaminhamentos foram sendo, cada vez mais, direcionados aos psiquiatras, e os modelos alternativos de acompanhamento destes casos foram substituídos por protocolos de intervenção e/ou tratamentos medicamentosos (MINAYO, 2007; PINTO et al., 2017).

Em uma palavra: o suicídio permaneceu sendo considerado uma “doença”, passível de diagnóstico e tratamento, e com pouquíssima referência ao contexto social, político,



econômico e cultural dos sujeitos. A ideação suicida (quando há a intenção de morte) e os casos de tentativa de suicídio, passaram a ser classificados como “fatores de risco” e tornaram-se objetos de intervenção profissional, sobretudo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços de Emergência (BOTEGA, 2014; STAVIZKI JUNIOR; VICCARI, 2018).

Contudo, apesar das áreas tradicionalmente ligadas ao fenômeno do suicídio assumirem o protagonismo das estratégias de prevenção, o debate acadêmico sobre a problemática avançou e forneceu subsídios para uma interpretação ampla sobre os determinantes do suicídio no país. Pesquisas desenvolvidas a partir de 2010, já trazem um enfoque relacional entre as taxas de suicídio e os diferentes indicadores sociais e econômicos dos territórios. Isto fez com que os índices de suicídio fossem confrontados com diferentes temas ligados a conjuntura social, tais como: trabalho, renda, moradia, modo de produção, cultura, tradição, modelos de desenvolvimento, entre outros. Os estudos dedicados à abordagem relacional encontraram no recorte territorial às mediações necessárias entre o suicídio e o contexto das vítimas, produzindo novos parâmetros de análise sobre o fenômeno.

Loureiro, Mendonça e Sachside (2010), em estudo publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) sobre os determinantes econômicos do suicídio no Brasil, afirmam que a desigualdade social e econômica possui relação positiva com o aumento de casos de suicídio no país. Para os autores, “a pobreza em si não levaria o indivíduo a cometer suicídio, mas sim sua situação relativa frente ao grupo” (LOUREIRO; MENDONÇA; SACHSIDA, 2010, p. 15). Neste estudo, a renda das famílias não é o determinante para o suicídio, mas a desigualdade de renda sim — a desigualdade social e econômica é considerada um “fator de risco” para o suicídio na maioria dos países e no Brasil (CHEN et al., 2007; GONÇALVES et al., 2011; AMARAL, 2019).

Schnitman et al. (2010), ao analisarem a relação entre suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras, constataram que a situação econômica das famílias é um indicador significativo de risco para o suicídio no país, sobretudo para as parcelas mais vulneráveis da população.

Entende-se a pobreza como uma situação que pode predispor ao suicídio, já que é geradora de fatores estressores, incluindo o desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar. Portanto o aumento nos coeficientes de suicídio pode refletir os problemas gerados pelas políticas econômicas junto à população trabalhadora, especialmente a seus segmentos mais vulneráveis: os extremos etários, os menos qualificados, os emocionalmente debilitados. (SHNITMAN et al, 2010, p. 49).



Os resultados obtidos com as pesquisas sobre os determinantes territoriais e/ou conjunturais do suicídio, demonstram a potencialidade de novas perspectivas para a produção de conhecimento sobre a problemática. Além disso, fortalecem uma interpretação ampliada sobre o fenômeno, que deixa de ser visto unicamente como uma questão individual (patologia, diagnóstico, doença) e passa a ser interpretado como expressão da questão social (modo de produção capitalista, formação sócio-histórica do território).

Estas novas vertentes de análise sobre o fenômeno influenciaram a elaboração de modelos alternativos de tratamento e prevenção do suicídio, superando a lógica de “médico-paciente” e conectando diferentes políticas públicas e categorias profissionais. Neste processo, a intersectorialidade assume o protagonismo das ações de prevenção ao suicídio, ao tempo em que a própria problemática se consolida como objeto de políticas públicas no país.

As Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio contribuíram significativamente para a inclusão da problemática nas agendas de governos (estaduais e municipais) durante a primeira década do século XXI, porém não de forma homogênea. Enquanto alguns estados avançavam na elaboração de políticas de prevenção ao suicídio e outros qualificavam seus mecanismos de registro e intervenção, para a maioria das regiões brasileiras, a morte autoprovocada seguiu no limbo das políticas públicas.

Machado, Leite e Bando (2014), ao realizarem uma revisão sistemática sobre as políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil, constataram que, apesar das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio serem incluídas ao Sistema Nacional de Saúde, apenas alguns municípios foram capazes de traduzir as orientações do Ministério da Saúde em políticas efetivas em seus territórios. Um exemplo destacado pelos autores é a experiência do Distrito Federal, responsável pela primeira política da prevenção ao suicídio do país — “Política Distrital de Prevenção ao Suicídio” (MACHADO; LEITE; BANDO, 2014, p. 347). Esta política estabelecia a promoção da saúde e a prática multiprofissional como ações centrais para diminuição das taxas de mortalidade. Além disso, a política distrital tinha como objetivos: a formação de equipes de saúde especializadas para casos de suicídio; fomento à pesquisa; educação permanente dos profissionais de saúde; e aperfeiçoamento dos sistemas de informação.

Entende-se que a Política Distrital de Prevenção ao Suicídio contribuiu para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde mental e emergência em casos de suicídio no território, bem como influenciou, em diferentes momentos, para a elaboração de políticas de prevenção em outros estados da federação (MACHADO; LEITE; BANDO, 2014). No entanto,



a política do Distrito Federal foi revogada em 2018 (Portaria nº 536/2018/DF) e seu trabalho interrompido.

Paralelo a esta experiência, houve a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) — responsável por organizar os serviços de saúde mental e instituir redes de atenção, envolvendo hospitais, serviços de emergência, atenção primária e CAPS (BRASIL, 2011). A RAPS foi instituída no Brasil pela Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, tendo como objetivo principal a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, promovendo a vinculação das pessoas com transtornos mentais e suas famílias aos serviços de Saúde Mental ofertados pelo SUS. Ademais, os princípios da RAPS visam garantir a articulação e integração das redes de saúde no território e qualificar o acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências psiquiátricas (BRASIL, 2011).

Compreende-se que a RAPS cumpre uma tarefa essencial de qualificação dos protocolos de atendimento de pacientes com ideação suicida, promovendo um trabalho interdisciplinar e integral nestes casos. No entanto, tanto a experiência do Distrito Federal, quanto a implementação da RAPS, fortalecem a centralidade das ciências da saúde nas políticas de prevenção ao suicídio brasileiras. Esta centralidade cria barreiras para outras áreas disciplinares intervirem nesta problemática, a exemplo das políticas de trabalho e renda, assistência social, educação, entre tantas outras.

Destaca-se ainda as recentes ações implementadas no Rio Grande do Sul — historicamente o estado com as maiores taxas de suicídio do país (CEVS, 2018) —, às quais trazem um enfoque mais interdisciplinar em sua elaboração. Em 2015, após iniciativa de pesquisadores da Escola de Saúde Pública (ESP/RS) e membros do Centro Estadual de Vigilância em Saúde do estado (CEVS/RS), criou-se o “Comitê Estadual de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio. Este Comitê, formado por atores políticos e representantes da sociedade civil, possui como objetivo central: “elaborar e implantar a Política Estadual de Prevenção do Suicídio” (RIO GRANDE DO SUL, 2016). A iniciativa para criação deste Comitê Estadual surge após a constatação de uma tendência de aumento das mortes autoprovocadas no estado, sobretudo a partir de 2010. O Comitê foi instituído pelo Decreto nº 53.361/2016 e vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, onde iniciou o trabalho de coleta e análise de dados sobre o suicídio nas regiões gaúchas (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Em 2017, o Comitê Estadual passou a realizar ações formativas, com foco na divulgação de dados sobre suicídio e tentativa de suicídio no Rio Grande do Sul e na elaboração de materiais de apoio para as equipes de saúde mental. Através de encontros e seminários, os membros do Comitê visitaram os municípios com maior incidência de casos de suicídio no estado, fazendo uma jornada de capacitações sobre formas de intervenção,



“mitos” e “verdades”, instrumentos de notificação e estratégias de prevenção ao suicídio. Além disso, o Comitê assumiu a tarefa de organizar a campanha “Setembro Amarelo”<sup>2</sup> no estado, promovendo uma série de atividades para promoção do debate na sociedade, em parceria com os municípios e regionais de saúde (CEVS, 2018).

Cabe ressaltar que a criação do Comitê Estadual está inserida em um contexto de ampliação do debate sobre prevenção ao suicídio no Brasil e no mundo, com experiências similares em diferentes estados brasileiros.

Na esfera do governo federal, a discussão sobre a criação de uma política pública de prevenção ao suicídio volta a ganhar força a partir do ano de 2014, com a inclusão da obrigatoriedade de registro das tentativas de suicídio, através da Portaria nº. 1,271, de junho de 2014 — o que permitiu estabelecer parâmetros de intervenção e planejamento das políticas públicas. Soma-se a este processo o acordo firmado entre o Ministério da Saúde e o Centro de Valorização da Vida (CVV)<sup>3</sup> em 2015, visando ampliar o acesso ao serviço de apoio emocional gratuito, através da linha telefônica “188”, para todo o território nacional. Segundo Fogaça (2019), esta parceria reconhece o trabalho do CVV como “serviço de utilidade pública”, viabilizado sua atuação em todos os estados e no Distrito Federal (FOGAÇA, 2019, p. 190).

Ainda em 2017, é divulgada no país a “Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil (2017-2020)” e o “Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil” (Portaria nº 3.479/2017). Em suma, estas medidas e ações retomam a discussão iniciada em 2006 com o lançamento das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, porém incluindo, desta vez, o apoio financeiro para a elaboração de ações de prevenção ao suicídio, sobretudo para os estados com maior incidência do agravo (FOGAÇA, 2019).

Segundo Fogaça (2019, p. 189), foram repassados R\$ 220.000,00 aos estados do Amazonas e Roraima e R\$ 250.000,00 aos estados de Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Piauí e Rio Grande do Sul. Estes recursos foram destinados ao desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde mental e direcionados para a

---

<sup>2</sup> O “Setembro Amarelo” é uma campanha promovida pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Surgiu em 2014, com o intuito de promover o debate sobre a prevenção ao suicídio na sociedade.

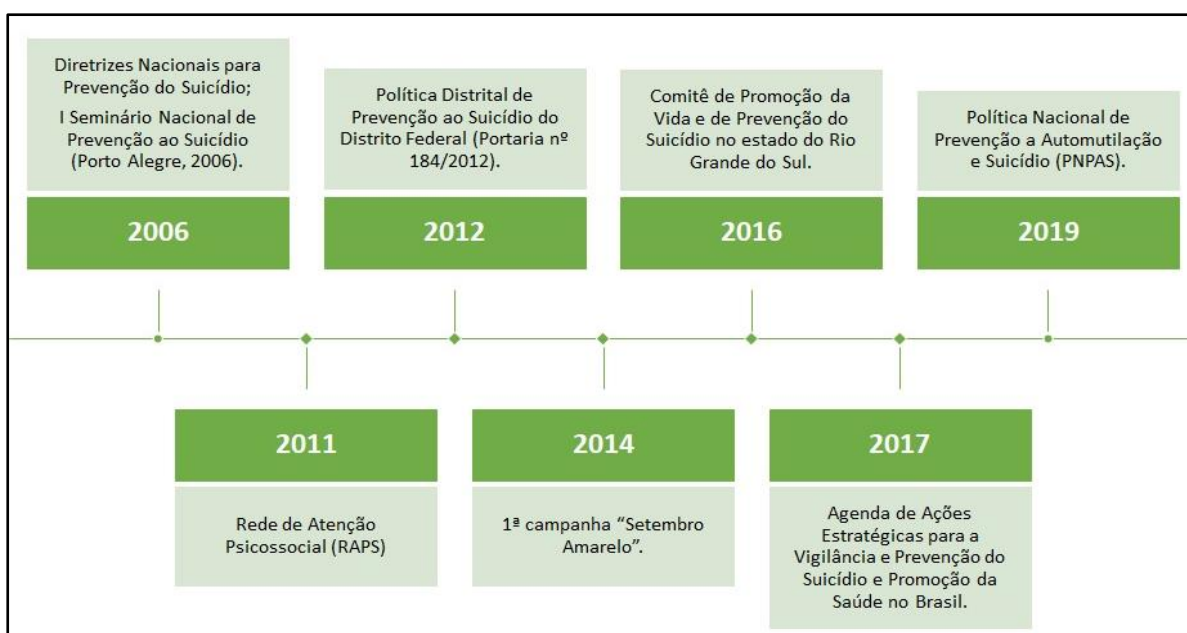
<sup>3</sup> “O Centro de Valorização da Vida é uma associação civil sem fins lucrativos e filantrópica. Presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo e anonimato.” (Fonte: <https://www.cvv.org.br/o-cvv/>, acesso em: 02/05/2021).

prevenção do suicídio no âmbito da rede de atenção psicossocial dos estados e municípios (FOGAÇA, 2019, p. 189).

Por fim, destaca-se a “Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio” (PNPAS) — Lei nº 13.819 de 26 de abril de 2019. A partir desta nova normativa, passa a ser obrigatório o registro de casos de automutilação de escolares, seja em instituições públicas ou privadas. Outra novidade da PNPAS é a alteração da Lei nº 9.656/1998, que determina as regras para os planos de saúde privados no país, tornando obrigatório a oferta de atenção psiquiátrica e psicológica aos contratantes (BRASIL, 2019). A inclusão da automutilação como objeto de notificação compulsória das escolas, vem ao encontro das tendências internacionais de prevenção ao suicídio, considerando o aumento das mortes nos extratos mais jovens, onde o suicídio tornou-se a segunda principal causa de óbitos no mundo, na faixa etária entre 14 e 29 anos (OMS, 2020).

Em suma, as iniciativas para criação de políticas de prevenção ao suicídio no Brasil são limitadas. Os exemplos apresentados neste capítulo não contemplam todas as políticas implementadas no país, mas demonstra um percurso progressivo de avanços. A figura 1 traz uma sistematização das experiências relatadas no texto, em ordem cronológica.

**Figura 1. Linha do Tempo das principais ações de prevenção ao suicídio realizadas pelo Estado brasileiro, entre os anos de 2006 e 2019.**



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.





## **A compreensão das ciências sociais aplicadas sobre o fenômeno do suicídio e as contribuições da área do Desenvolvimento Regional**

Até aqui, destacou-se as iniciativas de prevenção ao suicídio desenvolvidas no Brasil, evidenciando a relação da problemática com as áreas da saúde mental e saúde coletiva. Apesar de reconhecer os avanços deste debate, que passou a incluir uma abordagem multidisciplinar à problemática, sobretudo a partir da criação das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, entende-se que a participação de outras áreas do conhecimento neste processo e a inclusão de uma abordagem interdisciplinar é, ainda, tímida.

O suicídio é um objeto de estudo das ciências sociais, tendo uma gama de teorizações filosóficas, culturais, religiosas, sociais, históricas, econômicas e até mesmo espaciais. Não há uma única teoria científica capaz de traduzir a complexidade envolvida na morte voluntária, tampouco é possível prever sua ocorrência, baseando-se em uma única categoria disciplinar. Apesar das pesquisas produzidas ao longo do tempo auxiliarem na interpretação de fatores de risco, formas de proteção e planejamento de ações de prevenção, o suicídio segue como um tema que intriga pesquisadores há muitas décadas.

A primeira grande referência das ciências sociais sobre o suicídio, foi publicada no final do século XIX, pelo filósofo e sociólogo francês, Emíle Durkhiem (1858-1917). Em seu livro, “*Le suicide*”, de 1897, Durkheim contrapõe as teses sobre as causas do suicídio de sua época, que associavam as variações no número de suicídios aos fatores psicológicos, biológicos, genéticos (incluindo questões raciais) e principalmente religiosos (DURKHEIM, 2000, p. 22). Ao analisar milhares de casos de suicídio e estabelecer categorias que permitissem relacionar os índices de mortalidade ao contexto das vítimas, Durkheim descobre que as determinações sociais estabelecidas pela sociedade são tão ou mais influentes do que as características particulares de cada indivíduo. Para o sociólogo, o suicídio é um “fato social”, com padrões observáveis, dentro de um recorte temporal e territorial. Durkheim descobre quais são as relações sociais que exercem maior influência sobre os índices de mortalidade, criando um “perfil” de pessoas com maior probabilidade de cometer suicídio (DURKHEIM, 2000).

Para Durkheim, o suicídio não é uma consequência individual ou um ato isolado, mas sim um processo de desvinculação do indivíduo com o meio, causado tanto pelas relações sociais como pela própria configuração da sociedade e de suas normas estabelecidas. O fato social, utilizado para explicar a relação entre o indivíduo e o meio, seriam a chave para compreender como as ideias de um grupo exercem força sobre a vida privada, chegando ao ponto de influenciar uma pessoa a pôr fim na própria vida.

As conclusões de Durkheim estão sustentadas por uma série de análises estatísticas sobre características individuais (raça, sexo, idade, religião, estado civil, doenças mentais



etc.) e questões relacionadas ao contexto social e econômico (normas sociais, instabilidade econômica, crises etc.) (DURKHEIM, 2000; NEIRA, 2018). Como exemplo de suas descobertas, está o fato de que homens, solteiros e sem filhos, possuem um fator de risco maior ao suicídio, em comparação aos casados e com filhos. O autor identifica, ainda, que os protestantes ou aqueles que não confessam religião, estão mais propícios ao suicídio do que os católicos; assim como os idosos possuem maior risco do que os jovens. Estas descobertas foram contestadas e reavaliadas pela ciência em mais de 120 anos desde a publicação de “*Le Suicide*”, e muitas delas são confirmadas em pesquisas epidemiológicas contemporâneas.

Fatores sociais, como a família, a escola, os grupos de que participa, os amigos e a sociedade, influenciam incisivamente na produção de um episódio suicida, tanto para que esse ocorra quanto para evitá-lo. Neste sentido, os indivíduos estão integrados em um grupo social, regulado por normas e convenções. Fatores que estreitam os laços familiares foram testados, como a taxa de fertilidade, que mostrou-se negativa e significativa para explicar o suicídio. [...] Por outro lado, divórcio e consumo de álcool representam fatores que diminuem a integração social. (GONÇALVES et al., 2011, p. 290).

Gonçalves et al. (2011), apresentam uma revisão bibliográfica sólida sobre os estudos contemporâneos relacionados ao suicídio e seus fatores de risco, identificando que a abordagem de Durkheim se mantém coerente ao contexto social do século XXI. Este fato reforça a importância da teoria durkheimiana nos estudos sobre o suicídio, especialmente ao relacionar o fenômeno com o território e o contexto social, econômico, político e cultural, ao qual está inserido.

Uma das preocupações do estudo realizado por Durkheim está relacionado com a hipótese de “contágio” do ato suicida. O contágio, segundo a teoria durkheimiana, diz que o suicídio possui um efeito transmissível (ou de influência) em relação ao espaço geográfico e distância entre as vítimas.

Se a influência existe, é sobretudo na distribuição geográfica dos suicídios que ela deve ser perceptível. Devemos ver, em certos casos, a taxa característica de um país ou de uma localidade se comunicar, por assim dizer, às localidades vizinhas. Portanto, é o mapa que devemos consultar. Mas é preciso interrogá-lo com método. (DURKHEIM, 2000, p. 143-144).

As explicações para o efeito contágio são controversas e difíceis de justificar, porém sua relação foi confirmada empiricamente em diferentes estudos. Cutler, Glaeser e Norberg (2001), ao analisarem o aumento de suicídio entre jovens americanos, constataram que o suicídio por contágio é mais frequente entre adolescentes que vivenciaram experiências similares, como o suicídio de um familiar (CUTLER; GLAESER; NORBERG, 2001, p. 265).



No Brasil, o efeito contágio vem sendo observado em pesquisas recentes, sobretudo publicadas na última década. Amaral (2019), que utilizou a econometria espacial para analisar casos de suicídio no estado do Rio Grande do Norte, afirma haver um efeito contágio em áreas interioranas e rurais do estado (AMARAL, 2019, p. 306). Loureiro et al. (2010), ao utilizarem a econometria espacial para todo território nacional, encontraram o efeito de contágio por suicídio em diversas regiões brasileiras, apesar de destacarem que o indicador principal para os casos de suicídio no país está relacionado aos índices de desigualdade social (LOUREIRO; MENDONÇA; SACHSIDA, 2010, p. 19). Já no estudo de Gonçalves et al. (2011), que analisa os determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil, vemos que “a hipótese de ‘efeito contágio’ espacial pode ser confirmada a partir da amostra de microrregiões geográficas brasileiras” (GONÇALVES et al., 2011, p. 311). Entretanto, os autores são unânimes ao afirmarem que o “efeito contágio” só ocorre em relação a outros indicadores espaciais. Estas constatações reforçam a afirmativa de Durkheim, quando diz que “o suicídio depende essencialmente de certas condições do meio social. Pois este último geralmente mantém a mesma constituição em extensões bastante amplas de território” (DURKHEIM, 2000, p. 152). Isto quer dizer que as taxas de suicídio não estão relacionadas exclusivamente a questões espaciais, mas principalmente ao comportamento humano e sua influência sobre indivíduos de vivenciam o mesmo contexto social.

Apesar da notável influência da obra de Durkheim nos estudos relacionados ao suicídio, outras vertentes teóricas buscam explicações mais pragmáticas e menos relacionadas ao meio social dos indivíduos. Pesquisas contemporâneas, especialmente ligadas as áreas da saúde mental, produzem conclusões que relacionam às mortes voluntárias a fatores de risco “diagnosticáveis” e, conseqüentemente, produzem propostas preventivas ao suicídio, voltadas ao tratamento e monitoramento dos “fatores de risco”. Bertolote e Fleischmann (2002), ao realizarem uma revisão bibliográfica de pesquisas padronizadas sobre sintomas psiquiátricos em pacientes que cometeram suicídio, contemplando mais de 15 mil casos de suicídios, em diferentes países, afirmam haver uma relação direta entre suicídio e o histórico de doença mental das vítimas.

The overall results showed that 98% of those who committed suicide had a diagnosable mental disorder, and in this paper we will concentrate on the differences between the psychiatric diagnoses of general populations and of populations which had been admitted to mental hospitals. Out of the 15.629 cases reviewed, 7.424 cases (47.5%) had been admitted at least once to a psychiatric hospital or ward (heretofore designated as PIP), whereas there was no indication of this type of admission in 8.205 cases (52.5%). (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002, p. 183)<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> **Tradução livre do autor:** Os resultados globais mostraram que 98% das pessoas que cometeram **X SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL – Atores, Ativos e Instituições: O Desenvolvimento Regional em perspectiva** **15, 16, 17, 23 e 24 de setembro de 2021**

Os resultados obtidos neste estudo influenciaram (e influenciam) fortemente os parâmetros e bases de pesquisa para casos de suicídio no mundo, sendo referendado pela Organização Mundial da Saúde. Bertolote e Fleischmann destacam, ainda, quais são os distúrbios mentais mais frequentes em pacientes que cometeram suicídio, chegando a conclusões tão afirmativas, que passaram a delimitar os protocolos de atenção em saúde mental na maioria dos países, incluindo o Brasil. Entre os diagnósticos psiquiátricos considerados como fatores de risco destacam-se: consumo de álcool e drogas ilícitas, transtornos de humor, esquizofrenia e ansiedade (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002, p. 184). A tabela 1 apresenta a relação entre estes diagnósticos e o número de óbitos por suicídio, segundo os autores.

**Tabela 1. Diagnósticos de transtornos mentais em casos de suicídio em pacientes psiquiátricos e população em geral**

Transtorno	População hospitalar psiquiátrica		População Geral	
	Diagnósticos	%	Diagnósticos	%
Transtorno de Humor	1545	20,8	4405	35,8
Uso de álcool e outras drogas	725	9,8	2754	22,4
Esquizofrenia	1481	19,9	1306	10,6
Transtorno de Personalidade	1129	15,2	1432	11,6
Transtornos mentais orgânicos	1115	15,0	128	1,0
Outros transtornos Psicóticos	769	10,4	43	0,3
Ansiedade	187	2,5	755	6,1
Transtorno de ajuste	3	0,0	448	3,6
Outro diagnóstico	460	6,2	633	5,1
Sem diagnóstico	130	0,1	388	3,2
<b>Total</b>	<b>7424</b>	<b>100,0</b>	<b>12292</b>	<b>100,0</b>

Fonte: BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002, p. 183. Traduzido pelo autor.

suicídio tinham uma perturbação mental diagnosticável e, neste documento, vamos concentrar-nos nas diferenças entre os diagnósticos psiquiátricos das populações em geral e das populações que tinham sido internadas em hospitais psiquiátricos. Dos 15.629 casos analisados, 7.424 (47,5%) tinham sido admitidos pelo menos uma vez num hospital ou enfermaria psiquiátrica (até então designada por PIP), ao passo que em 8.205 casos (52,5%) não havia qualquer indicação deste tipo de admissão.



A sistematização destes dados e a abrangência da pesquisa demonstram que certas comorbidades de saúde mental aparecem com maior frequência entre pessoas que tiraram a própria vida. O estudo evidencia a relação entre os transtornos mentais e as mortes autoprovocadas, indicando que pacientes com tais diagnósticos são aqueles que necessitam de maior atenção das políticas de prevenção. A descoberta da relação entre o uso de álcool e outras drogas e o suicídio ou sobre o risco de pacientes com esquizofrenia, foram incorporados aos protocolos de atenção em saúde mental praticados no Brasil.

Entretanto, ao mesmo tempo em que estas descobertas permitem identificar fatores individuais de risco, reforçam antigos paradigmas, transferindo para a área médica, sobretudo a psiquiatria, a centralidade do trabalho de prevenção ao suicídio. Ademais, ao considerar certos transtornos mentais como fatores de risco, desconsiderando outras determinações do contexto social dos indivíduos (território, vínculos familiares etc.) abre-se caminho para um novo paradigma: o tratamento medicamentoso de pessoas com ideação suicida<sup>5</sup>.

Os resultados desta pesquisa tiveram forte impacto na elaboração de políticas de prevenção ao suicídio no Brasil, especialmente nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul. De modo geral, a influência de pesquisas ligadas a área biomédica e psiquiátrica demonstram ter maior influência na elaboração de políticas de prevenção ao suicídio, não apenas no Brasil, mas na própria Organização Mundial da Saúde. A centralidade de pesquisas correlacionadas a dados epidemiológicos e/ou diagnósticos clínicos, tende a comprometer outras visões sobre a problemática do suicídio, como os aspectos culturais, sociais, econômicos e regionais que influenciam nos índices de mortalidade.

A elaboração de estudos ligados ao tema ainda é incipiente no país e o direcionamento desta discussão para uma única área do conhecimento, tende a enfraquecer o debate e reforçar o caráter de “tabu” atribuído ao assunto, tanto na academia quanto na sociedade. É necessário que as diferentes áreas do conhecimento dialoguem sobre o assunto, aliando as descobertas do campo da saúde com as hipóteses sociológicas, trazendo uma visão ampliada sobre um problema tão complexo.

Neste sentido, considera-se que a área do Desenvolvimento Regional é especialmente relevante para unir diferentes áreas do conhecimento e dialogar sobre o fenômeno do suicídio,

---

<sup>5</sup> O uso de medicamentos para o tratamento de transtornos mentais é feito pela utilização de psicofármacos, que são remédios que alteram a atividade neurobiológica, sobretudo em pacientes com sintomas psiquiátricos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o número de pessoas com depressão aumentou cerca de 18 % nos últimos 10 anos. “Estima-se que são mais de 322 milhões de pacientes depressivos, cerca de 4,4% da população do planeta. [...] O Brasil é o País da América Latina com mais pessoas ansiosas e estressadas. Cerca de 5,8% dos brasileiros estão com depressão e 9,3% com ansiedade” (RIBEIRO, 2018, p.1).



a partir de uma perspectiva ampliada, que envolva o indivíduo, o território e suas determinações (sociais, culturais, políticas e espaciais). Entretanto, esta é uma leitura que carece de fundamentação teórica, pois a produção científica sobre o suicídio e sua relação com o desenvolvimento regional é, até hoje, pouco explorada. Com exceção de estudos pontuais, mas que confirmam esta relação, a prevenção ao suicídio permanece como um campo predominantemente ligado ao campo da saúde.

Compreende-se que a prevenção ao suicídio está condiciona ao cotidiano das famílias, às capacidades de proteção do Estado, às estruturas sociais e culturais do território, aos níveis de desigualdade social e às oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional dos sujeitos. O suicídio não pode ser explicado a partir de uma única dimensão, tampouco por fatores de risco ligados ao comportamento ou à estrutura orgânica do cérebro humano. Por mais argumentativas que sejam as teorias hegemônicas sobre o assunto, a realidade empírica evidencia que a forma como a sociedade está organizada possui tanta ou maior influência na ocorrência de suicídios, quanto nas centenas de distúrbios mentais conhecidos pela ciência (STAVIZKI JUNIOR, 2021).

### **Considerações Finais**

A criação e implementação de políticas de prevenção ao suicídio no Brasil está intrinsecamente ligada aos avanços sobre a compreensão deste fenômeno, que já se configura como uma das principais causas de morte no país e no mundo. No entanto, o desenvolvimento de políticas em âmbito nacional carece de interesse político e recursos financeiros. Além disso, as práticas desenvolvidas, até hoje, limitam-se às campanhas de prevenção focalizadas nos “fatores de risco” e não em uma visão abrangente da problemática.

As características interdisciplinares deste debate foram trazidas ao longo deste trabalho para impulsionar a reflexão sobre a própria ideia de “prevenção” e os referenciais teóricos que embasam as políticas públicas no Brasil. Entende-se que a interpretação que centraliza a prevenção ao suicídio em setores da saúde, em especial em seus profissionais mais especializados, relativiza o debate sobre os condicionantes sociais, culturais, econômicos, políticos e espaciais do suicídio. Na prática, essa abordagem centralizadora inibe práticas de prevenção baseadas na melhoria das condições de vida dos indivíduos e na própria configuração do território como um elemento protetivo ou de risco.

A intenção aqui não é desqualificar as contribuições das ciências da saúde que abordam a temática. Pelo contrário, reconhece-se a relevância das pesquisas ligadas à saúde mental para identificar e tratar indivíduos com risco de morte, as quais promovem avanços no



trabalho de prevenção ao suicídio no Brasil e em dezenas de outros países. Contudo e sobretudo, critica-se o caráter centralizador da produção científica sobre o tema, que induz trabalhadores, pesquisadores e gestores públicos à crença de que a única forma de se evitar o suicídio é investindo no monitoramento de pacientes com ideação suicida e no tratamento de “distúrbios mentais” relacionados ao fenômeno. Este argumento, no que fere as conclusões deste trabalho, demonstram estar equivocados.

Conclui-se, que o suicídio é um fenômeno contemporâneo e um problema público, o qual deve ser incluído nas agendas de pesquisa de diferentes áreas do conhecimento. Especialmente no contexto atual, onde se projeta uma forte recessão econômica e precarização das condições de vida das populações vulnerabilizadas, devido aos efeitos da crise agravada pela pandemia, a prevenção ao suicídio deve assumir uma abordagem interdisciplinar.

## Referências

- AMARAL, Stefany Silva. Suicídio no RN e sua relação com determinantes espaciais, urbanização, desenvolvimento e outros fatores socioeconômicos. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**, [s. l.], v. 13, ed. 2, p. 288-308, 2019.
- BERTOLETE, José Manoel; FLEISCHMANN, Alexandra. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World psychiatry**, v. 1, ed. 3, p. 181-185, 2002.
- BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Estadual da Saúde. Prevenção do suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. **CORAG**: Porto Alegre, 2011. 87p.
- 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. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 26 abr. 2019.
- BRASIL. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. **Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio**, Brasília, 14 ago. 2006.
- CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. **Manual de processo administrativo sanitário**. 3.ed. rev. e amp. Porto Alegre: CEVS, 2018.
- CHEN, Joe; CHOI, Yun Jeong; SAWADA, Yasuyuki. **How is suicide different in Japan?** *Japão: Japan and the World Economy*; v. 21, n. 2, p. 140 – 150, 2007.
- CUTLER, David M.; GLAESER, Edward L.; NORBERG, Karen E. **Explaining the Rise in Youth Suicide**. In: GRUBER, Jonathan. (Org.) *Risky behavior among youths: an economic analysis*. National Bureau of Economic Research Conference Report. University of Chicago Press. Chicago/ IL, p. 219 – 270, jan. 2001.



DATASUS – Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade. 2021. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 mai. 2021.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FOGAÇA, Vitor Hugo Bueno. **Entre Tabus e Rupturas: terceiro setor, políticas públicas e os caminhos da prevenção do suicídio no Brasil**. 2019. 303 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa/PR, 2019.

GONCALVES, Ludmilla R.C.; GONCALVES, Eduardo; OLIVEIRA JUNIOR, Lourival Batista de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. Belo Horizonte: **Nova Economia**, v. 21, n. 2, p. 281-316, 2011.

LOUREIRO, Paulo R. A.; MENDONÇA, Mario J. C. de; SACHSIDA, Adolfo. Os determinantes econômicos do suicídio: um estudo para o Brasil. **IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**: Texto para discussão nº 1487, Rio de Janeiro, p. 1-25, 2010.

MACHADO, Marcos Fabrício Souza; LEITE, Cristiane Kerches da Silva; BANDO, Daniel Hideki. Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 4, n. 2, p. 334-356, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Suicídio no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação e prevenção. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G., and CONSTANTINO, P. Impactos da Violência na Saúde [online]. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, p. 311-331, 2007.

NEIRA, Hernan. Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. Santiago: **Cinta moebio**, n. 62, p. 140-154, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Endereço eletrônico oficial da entidade**. 2020. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 08 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Tradução de Janaína Phillippe Cecconi, Sabrina Stefanello, Neury José Botega. Genebra: OMS, 2000.

PINTO, Lélia L. T.; MEIRA, Saulo S.; RIBEIRO, Ícaro José Santos Ribeiro; NERY, Adriana Alves; CASOTTI, Cezar Augusto. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. Rio de Janeiro: **J. bras. psiquiatr.**, v. 66, n. 4, p. 203-210, oct. 2017.

RIBEIRO, Wandy. CRESCE MAIS DE 20% O CONSUMO DE ANTIDEPRESSIVOS NO BRASIL. **Porta ICTQ**, [S. l.], p. 1-2, 10 set. 2018. Disponível em: <https://www.ictq.com.br/farmacia-clinica/1105-cresce-mais-de-20-o-consumo-de-antidepressivos-no-brasil/>. Acesso em: 5 maio 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde (SES). **Resolução nº 555/2012**. Comissão Intergestores Bipartite 2016. Porto Alegre: SES; 2016.

SCHNITMAN, Gabriel; KITAOKA, Emy Guerra; AROUCA, G.S. de Souza; LIRA, A.L. da Silva; NOGUEIRA, Diogo; DUARTE, Meirelayne B. Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. Salvador: **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 44-59, 2010.

STAVIZKI JUNIOR, Carlos. Os riscos sobre o aumento dos casos de suicídio no contexto de Pandemia: perspectivas para a prevenção no estado do Rio Grande do Sul - Brasil. Santa Cruz do Sul: **Ágora**; v. 22, n. 2, p. 4-21, set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/agora.v22i2.15422>.





STAVIZKI JUNIOR, Carlos. **Repertórios de ação coletiva e políticas públicas: uma análise a partir da construção da política de prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul (RS)**. 2021. 249 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). UNISC. Santa Cruz do Sul. 2021.

STAVIZKI JUNIOR, Carlos; VICCARI, Eunice Maria. O Serviço Social no atendimento de emergências psiquiátricas: processos de trabalho de assistentes sociais e residentes no atendimento de pacientes adolescentes com ideação e tentativa de suicídio. Santa Cruz do Sul: **Barbarói**; v.51, n.2, p. 113-132; jan./jun., 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v51i1.12913>.