



A RACIONALIDADE DAS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: OBSERVAÇÕES A PARTIR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – BRASIL

Carlos Stavizki Junior¹
Virginia Elisabeta Etges²

Resumo: Este trabalho propõe uma reflexão crítica sobre a racionalidade hegemônica das políticas de prevenção ao suicídio criadas no Estado do Rio Grande do Sul e sua relação com o campo do Desenvolvimento Regional. Analisa-se, empiricamente, as interlocuções entre as políticas públicas de saúde mental e o tratamento de fatores de risco para o suicídio, a partir de uma abordagem interdisciplinar, ligada às práticas de promoção da qualidade de vida. Utiliza-se, para isso, um estudo ecológico do fenômeno a partir da análise dos dados epidemiológicos sobre suicídio e análise crítica dos principais eventos ligados ao tema na Esfera Pública do território. Considera-se que a razão prática do tema promove a lógica clínica e individual de tratamento de sujeitos com ideação suicida. Entende-se que estas abordagens criam barreiras ao trabalho interdisciplinar e fortalecem estigmas relacionados ao fenômeno. Conclui-se que o campo científico do Desenvolvimento Regional tende a contribuir com o aperfeiçoamento de práticas interdisciplinares na prevenção ao suicídio, por considerar os territórios como agentes promotores de soluções aos problemas públicos.

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

1. Introdução

O suicídio é, antes de um problema de saúde pública, uma questão filosófica e profundamente misteriosa à razão humana. A temática esteve à margem das investigações científicas na maior parte da história, assim como estiveram os sofrimentos sociais capazes de incidir sobre a ideação suicida. Ao longo da era moderna, as religiões foram protagonistas na projeção de significados para este fenômeno até meados do século XIX. Com algumas exceções na literatura e nas artes, a morte voluntária manteve-se distante do debate público em países ocidentais, sendo concebida, sobretudo, como uma manifestação episódica individual (MINOIS, 2018). No último século, o tema encarou novas problematizações e alcançou destaque nos debates acadêmicos, enfrentando o “tabu” das interpretações místicas, e assumindo o *status* de “problema público”, inclusive, conquistando relevância nas agendas de políticas públicas (BERTOLOTE, 2012; CASSORLA, 2017).

¹Mestre e Doutorando em Desenvolvimento Regional. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cstavizki@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3358-3380>.

²Doutora em Geografia Humana (USP/SP). Professora Titular 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. E-mail: etges@unisc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6976-8363>.



Entretanto, até hoje a temática é rodeada por misticismos e incertezas, sobretudo em regiões e locais marcados pela alta incidência de mortes autoprovocadas, como no caso do Estado do Rio Grande do Sul (MENEGHEL et al., 2004; CEVS, 2018). Destaca-se que o território gaúcho mantém a maior taxa social de suicídios do país desde a década de 1980, e em 2022, registrou uma média de 13,1 óbitos a cada 100 mil habitantes, enquanto a média nacional foi de 6,5 óbitos a cada 100 mil habitantes, considerando os dados atualizados pelo Sistema Nacional sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM-DataSUS, 2023).

Neste estudo, objetiva-se discutir as diferentes propostas de prevenção ao suicídio implementadas como políticas públicas, destacando a razão prática extraída da ação de atores e instituições na implementação de políticas de prevenção ao suicídio no território. Para isso, apresenta-se a relação do território com a problemática, segundo um estudo ecológico do fenômeno e da problematização das principais estratégias de prevenção implementadas na última década (2012 – 2022), a partir de dados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Sistema Único de Saúde (SUS), visando identificar a taxa social de suicídios na escala estadual e regional do território. Os dados foram categorizados por Região de Saúde, sendo um total de 30 regiões, das quais 22 registraram uma taxa de mortalidade superior à média estadual em 2022 – 13,1 suicídios a cada 100 mil habitantes (SIM, 2023). Analisou-se, através da revisão documental das publicações dos Governos do Estado sobre o tema, aquelas que se caracterizam como relevantes na Esfera Pública. As reflexões teóricas sobre o tema baseiam-se em três categorias centrais: historicidade, racionalidade e incidência de óbitos autoprovocados no território.

O trabalho está dividido em três partes, cada qual propondo uma problematização das estratégias de prevenção ao suicídio no território a partir das categorias centrais do estudo. A primeira parte dedica-se a racionalidade hegemônica que organiza a ação de atores e instituições envolvidos com as estratégias de prevenção ao suicídio na atualidade, destacando os diferentes argumentos que envolvem o assunto. A segunda parte aborda a historicidade das políticas de prevenção ao suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul, destacando as experiências de institucionalização do debate na Esfera Pública. Na terceira parte, apresentam-se os resultados da pesquisa sobre a incidência de suicídios no território gaúcho, a partir de dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado e seus órgãos de tecnologia da informação. Por fim, conclui-se o trabalho ressaltando seus resultados e a relevância do campo do Desenvolvimento Regional no debate sobre as políticas de prevenção ao suicídio nos territórios.



2. A racionalidade hegemônica nas ações de prevenção ao suicídio no Brasil

Antes da prevenção ao suicídio se tornar um “imperativo global”, sua possibilidade mobilizou atores e instituições em escalas territoriais menores, com experiências de construção política que datam do início do século XX. Para fins de análise histórica, considera-se como a *primeira instituição de prevenção ao suicídio* na era moderna, o projeto “Save-A-Life”, criada em 1906 pelo pastor Harry M. Warren (1861 – 1940), da Igreja Batista de Nova Iorque – EUA. Inicialmente, a organização atuava de forma voluntária, oferecendo escuta e aconselhamento às pessoas com ideação suicida. Além da atenção às vítimas e familiares, a *Save-A-Life* coletava dados em hospitais e delegacias. Ao longo de sua primeira década, a organização expandiu para outras regiões do país, formando voluntários e atendendo centenas de famílias. Em 1915, o governo estadunidense reconheceu as ações da organização como de interesse do Estado e ampliou sua intervenção para todo o território nacional, dando origem à *National Save-A-Life League* (MILLER; GOULD, 2013). Diferentes estratégias de prevenção ao suicídio praticadas até hoje, inclusive no Brasil, foram inspiradas nas ações da *Save-A-Life*, como o acolhimento emocional de voluntários através de chamadas telefônicas³.

Ao longo do século XX, outros modelos de políticas públicas foram sendo implementados para reduzir a incidência de mortes autoprovocadas, porém a produção científica a respeito da historicidade de políticas deste tipo é, ainda, escassa. Os epidemiologistas estadunidenses David Gunnell e Stephen Frankel (1994), em uma revisão sistemática sobre programas de prevenção à morte voluntária no mundo, identificaram apenas 19 estratégias com critérios de avaliação até 1993, das quais apenas duas permitiam uma análise de impacto sobre a taxa social de suicídio após a execução de ações de prevenção (GUNNELL; FRANKEL, 1994). Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um relatório que é, até hoje, um importante referencial para a construção de políticas de prevenção ao suicídio, intitulado “*Preventing suicide: a global imperative*”. Neste documento, atualmente traduzido em 11 línguas, é oferecido um panorama do fenômeno no mundo e relatos de experiências sobre estratégias positivas para redução do número de mortes, praticadas por países membros da OMS. Destaca-se que neste relatório, apenas 28 países afirmaram possuir políticas de prevenção ao suicídio em âmbito nacional, e destes, apenas 13 declaravam ter estratégias efetivas (WHO, 2014, p. 49).

³ No Brasil, este serviço é oferecido pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), fundado em 1962 e reconhecido como instituição de “Utilidade Pública Federal” em 1973 (CVV, 2022). O CVV oferece, de forma gratuita, atendimento virtual e telefônico para pessoas em sofrimento emocional e/ou ideação suicida, pelo número “188”, que pode ser acessado de qualquer lugar dentro do território nacional.



Reconhece-se que este tipo de política pública enfrenta desafios particulares à sua implementação, sobretudo pelo histórico distanciamento que a temática teve dentro da Esfera Pública. Considera-se, ainda, as contradições teóricas e práticas no interior deste debate, onde dialogam os campos de ciências da saúde, ciências sociais, ciências humanas e outras. Ademais, as avaliações de políticas públicas sobre a temática enfrentam barreiras que limitam a validação de seus resultados, levando muitos cientistas a “questionarem a cientificidade e os resultados dos programas de prevenção do suicídio em geral, tanto em termos de eficácia quanto da relação custo-benefício” (BERTOLOTE, 2012, p. 93).

Apesar disso, articula-se no mundo, através da OMS e suas instituições correlatas, um conjunto de metas para enfrentamento da tendência de aumento dos suicídios no mundo, incluindo a redução de [no mínimo] 10% deste tipo de óbito, anunciadas no Plano de Ação sobre Saúde Mental (2013-2020) da OMS (OMS, 2013). Este *Plano de Ação* sugere aos Estados-membros que criem serviços de intervenção em casos de ideação suicida e automutilação em seus territórios e qualifiquem seus instrumentos de coleta e análise de dados epidemiológicos. Infelizmente, estas metas não foram alcançadas até 2020, como estavam previstas. Ao contrário, a tendência de óbitos deste tipo no mundo cresceu, e uma de suas causas está associada aos impactos sociais e nas políticas de saúde pública que a pandemia de Covid-19 causou (WHO, 2021). Atualmente, as metas da OMS relacionadas ao tema estão incorporadas aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU)⁴.

Entretanto, antes de considerar os objetivos e metas assumidas pelas estratégias de prevenção ao suicídio, é necessário observar o sentido dado a estas estratégias e qual o significado das ações promovidas por atores e instituições. Estes elementos dizem respeito à racionalidade hegemônica que conduz e instrumentaliza a ação, o que resultará em tipos específicos de agir. O tipo de agir, por sua vez, indicará o sentido dado à ação, fornecendo os elementos para identificação da razão prática que, em dado momento, condiciona as estratégias de prevenção ao suicídio no Brasil e/ou em seus territórios. Neste sentido, é fundamental a compreensão dos argumentos mobilizados pela incidência de suicídio de um território, a fim de captar o sentido destes argumentos na Esfera Pública.

Um dos pioneiros e, até hoje, mais relevante pensador sobre o suicídio como fenômeno social, é o filósofo e sociólogo francês Émile Durkheim (1858 – 1917), que publicou, em 1897, o livro *Le Suicide: Étude de sociologie*. Nesta obra, Durkheim apresenta sua reflexão

⁴ No objetivo nº 3 dos ODS (2015 – 2030), “Saúde e Bem-estar”, a prevenção ao suicídio faz parte do bloco de ações que visam “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”, mantendo-se a meta de redução de, no mínimo, 10% das mortes autoprovocadas até 2030 (UN, 2022).



sobre os “tipos” de suicídios e oferece explicações sobre suas razões sociológicas, a partir da análise minuciosa de dados estatísticos de óbitos autoprovocados em regiões da França e em outros países europeus. Sua motivação de elucidar o público sobre a validade do método sociológico, a partir de um fenômeno que, para a época, era naturalmente visto como algo individual, deu origem a uma nova era das investigações a respeito da influência do ambiente, das relações sociais e condições socioterritoriais na incidência de mortes voluntárias. Ademais, Durkheim foi o primeiro a utilizar o termo “Taxa Social de Suicídios”, imbricando ao fenômeno suas determinações sociais e relativizando as motivações individuais das vítimas. O pensamento durkheimiano a respeito do suicídio teve forte influência nas ciências sociais ao longo do século XX, e conquistou espaços relevantes nas ciências da saúde na virada para o século XXI. Atualmente, suas explicações, terminologias, métodos de análise e conclusões estão presentes em grande parte dos estudos sobre suicídio, mesmo naqueles predominantemente vinculados às explicações psicologizantes do fenômeno.

Segundo Durkheim (2000), a explicação mais sólida sobre as causas da morte voluntária deriva da “ruptura dos laços sociais” do indivíduo, contrapondo o saber hegemônico de sua época que relacionava o ato à loucura. Durkheim põe à prova as teses do século XIX sobre o tema, que explicavam a morte voluntária com base em fatores genéticos, psicológicos e étnicos/raciais das vítimas. Ao refutar estas teses, a partir da confrontação destas explicações aos dados de sua pesquisa, o sociólogo oferece um método que analisa a incidência de suicídios a partir da sociedade e não do indivíduo.

[...] esse método tem o defeito de postular a diversidade dos tipos sem os atingir diretamente. Pode estabelecer sua existência, seu número, mas não suas características distintivas. [...] Uma vez conhecida a natureza das causas, poderemos tentar deduzir delas a natureza dos efeitos, que se encontrarão, assim, ao mesmo tempo caracterizados e classificados, pelo simples fato de que serão vinculados a suas respectivas origens. (DURKHEIM, 2000, p.168).

Durkheim (2000) concebe três categorias para explicar as motivações da ideia suicida, a partir do tipo de vinculação que o sujeito tem com a sociedade: a) *suicídio egoísta*, aquele no qual o indivíduo está isolado da sociedade, no sentido de não nutrir laços sólidos de solidariedade com um grupo social, levando-o a sentimentos de solidão e abandono (DURKHEIM, 2000, pp. 257 – 270); b) *suicídio altruísta*, aquele em que o indivíduo está fortemente ligado ao grupo, ao ponto da sua existência ser posta em segundo plano na relação com a sociedade. É o caso — muito argumentado pelo autor — do serviço militar em tempos de guerra e da lógica de sacrifício, ao colocar sua vida em risco em prol de um “bem-comum” (DURKHEIM, 2000, pp. 270 – 300); c) *suicídio anômico*, aquele relacionado à inadequação



do sujeito às normas, regras ou valores da sociedade, ou o seu contrário, quando a sociedade carece de tais normas, ao ponto de infringir forte sofrimento aos indivíduos. O suicídio anômico, que deriva do conceito de “anomia”, é o tipo mais discutido pelo sociólogo e o que melhor expressa sua teoria, no que diz respeito à influência da sociedade na incidência de suicídios (DURKHEIM, 2000, pp. 303 – 355). O sociólogo propõe, também, classificações mistas destes três tipos de suicídios (suicídio ego-anômico, suicídio anômico-altruísta e suicídio ego-altruísta). No entanto, Durkheim adverte:

Estas são as características gerais do suicídio, ou seja, as que resultam imediatamente de causas sociais. Individualizando-se nos casos particulares, elas adquirem nuances variadas, conforme o temperamento pessoal da vítima e as circunstâncias especiais em que se encontra. (DURKHEIM, 2000, p.378).

Até hoje, considera-se o trabalho de Durkheim como um dos estudos sociais mais acabados sobre o fenômeno. Para além de suas contribuições à problemática, a obra *Le Suicide*, é um marco para as ciências sociais, sendo um referencial indispensável para análises sociológicas de toda natureza. Para além desta obra, Durkheim oferece conceitos fundamentais para a compreensão deste fenômeno, em especial sua noção de “fato social” como algo externo ao indivíduo; ou a ideia de “funções sociais” dos indivíduos em sociedade. Em suma, Durkheim nos ajuda a compreender as relações entre a ideação suicida e as estruturas de normas sociais que coordenam os territórios e são capazes de infringir sofrimento, em maior ou menor medida, aos indivíduos e/ou grupos sociais.

Outro importante pensador no campo da saúde mental, e que dispõe de relevância internacional no debate sobre prevenção ao suicídio, é o psiquiatra brasileiro José Manoel Bertolote, que esteve à frente do departamento de saúde mental da Organização Mundial da Saúde por mais de 15 anos, inclusive sendo precursor do “Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio” (BASSETTE, 2018). Bertolote é autor de dezenas de artigos científicos sobre a temática, estando atualmente vinculado ao *Institute for Suicide Research and Prevention*, da *Griffith University* – instituto fundado em 1996 e que concentra as principais referências mundiais em estudos sobre prevenção ao suicídio, com influência na formulação das estratégias desenvolvidas pela OMS e outras instituições. Entre suas obras, destaca-se o livro “O suicídio e sua prevenção”, publicado no Brasil em 2012. Neste trabalho, o psiquiatra oferece um panorama dos debates sobre a problemática da morte autoprovocada. Bertolote (2012) problematiza o suicídio a partir do campo da saúde pública, tendo como pressuposto sua possibilidade de prevenção, mediante recursos, técnicas e tecnologias que permitam intervir no *comportamento suicida*, o qual classifica a partir de “fatores de risco” para o suicídio (BERTOLOTE, 2012, p. 68). Para o autor, fatores de risco para o suicídio são classificados



em duas categorias: I) *fatores predisponentes*, ligados à condição orgânica, mas também a traços comportamentais dos indivíduos, o que inclui tanto a constituição genética, ciclo de vida, gênero e condição física, etc., quanto os costumes, cultura e classe social; e II) *fatores precipitantes*, que são as situações do mundo da vida capazes de infligir grande sofrimento ao indivíduo, como a morte de uma pessoa querida, humilhação pública, perda de emprego, etc. A junção destes fatores de risco, predisponentes e precipitantes, “provocam a sequência final de comportamentos que levam ao suicídio” (BERTOLOTE, 2012, pp. 69 - 70).

Sob o mesmo prisma teórico, Bertolote (2012) discute as experiências de prevenção ao suicídio, argumentando a favor dos “fatores de proteção”, compreendidas como “características psicológicas” que guardariam alguma vantagem em relação ao *comportamento suicida* – “inteligência emocional, [...] senso de responsabilidade pela família [...] objeções morais e religiosas ao suicídio”, são alguns dos fatores de proteção defendidos (BERTOLOTE, 2012 p. 75). Em estudo anterior, Bertolote e Fleischmann (2002) destacam o tratamento de transtornos mentais como o principal fator de proteção para o suicídio, sustentando que a maioria das mortes por suicídio poderiam ser evitadas se as vítimas fossem diagnosticadas e tratadas a tempo (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002, p. 183). Os resultados da pesquisa de Bertolote e Fleischmann (2002), que revisaram as causas de mais de 15 mil óbitos autoprovocados, teve forte influência no campo da saúde mental brasileira, sendo utilizado, inclusive, como fundamentação teórica para a elaboração das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio (BRASIL, 2006). A força dos argumentos sustentados por dados, que demonstram a relação — quase que intrínseca — entre transtornos mentais e ideação suicida, serviu [e serve] como argumentos em defesa da intervenção psiquiátrica e farmacológica em casos de ideação suicida.

Por último, destacam-se as contribuições do psiquiatra e psicanalista chileno, Roosevelt M.S. Cassorla, que há mais de 40 anos dedica-se à temática do suicídio, sendo um dos precursores do debate no Brasil, com o livro “O que é suicídio”, de 1985 (Coleção “primeiros passos” da Editora Brasiliense). Nesta obra, Cassorla problematiza o tema a partir do campo da psicanálise, articulando categorias como “inconsciente”, “fantasia”, “luto”, “melancolia” e discutindo sobre o próprio significado da morte para o suicida (CASSORLA, 1985, p. 22). Em recente atualização desta obra, Cassorla (2017) expõe críticas à hegemonia do pensamento médico a respeito das causas do suicídio, enfatizando o *sofrimento mental* como categoria principal em qualquer análise sobre a ideação suicida.

As pessoas com comportamento suicida vivenciam um sofrimento mental. Esse sofrimento será identificado e tratado pelo profissional de saúde, que deverá utilizar todos os meios de que dispõe para ajudar seu paciente, incluindo medicamentos, tratamentos biológicos, abordagens sociais e



psicológicas, tratamentos psicoterápicos de variadas orientações e, eventualmente, internações. (CASSORLA, 2017, p. 40).

A partir destas considerações, percebe-se que a temática da prevenção ao suicídio é complexa e encontra discursos distintos e, por vezes, antagônicos. O questionamento capaz de sintetizar estes argumentos é: *Qual a estratégia de prevenção ao suicídio mais eficaz na atualidade?* Entretanto, a resposta é desalentadora: não sabemos. Até hoje, poucos estudos são capazes de indicar uma “solução” para o problema, e aqueles que o tentaram, perceberam que a realidade social impede que o fenômeno seja medido pelas mesmas régulas de outros problemas públicos. Ocorre que o conhecimento produzido até aqui é incapaz de indicar um caminho que seja aplicável a todos os contextos e territórios — e talvez esta seja a condição basilar das políticas de prevenção ao suicídio.

3. Estratégias de prevenção ao suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a propor uma política de Estado para a prevenção ao suicídio, através da portaria nº 1.876, de agosto de 2006, que instituiu as *Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio*. Até hoje, estas diretrizes servem como guia para ação de profissionais e serviços vinculados à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospitais Psiquiátricos. A portaria marca um avanço institucional em relação à problemática, que passou a compor as agendas de políticas públicas de saúde mental no país. As *Diretrizes Nacionais* nascem na esteira das ações da OMS para a redução da mortalidade autoprovocada, em especial pelas propostas de intervenção do *Suicide Prevention Program (SUPRE)*, que serve de modelo para os atores que coordenaram a política de saúde mental do país na época. Isto fez com que a elaboração das Diretrizes considerasse descobertas recentes sobre o fenômeno e problematizasse este conhecimento na Esfera Pública.

Destaca-se que as Diretrizes Nacionais reconhecem as vulnerabilidades regionais do país como fatores de risco para o suicídio, além de propor um nivelamento do acesso aos serviços públicos de saúde mental, propondo intervenções em questões como a fome, pobreza e violência como ações de prevenção ao suicídio (BRASIL, 2006). Elencam-se, ainda, as populações classificadas como “de maior risco para o suicídio”, com ênfase em pessoas com histórico de doenças mentais, depressão e uso de drogas, mas destacando, também, os trabalhadores rurais, por considerar os perigos da exposição a agentes tóxicos e à superexploração do trabalho. Este reconhecimento foi especialmente relevante para a



ampliação do debate público a respeito do uso e armazenamento de agrotóxicos, sendo um dos produtos mais utilizados em tentativas de suicídio no país (BOMBARDI, 2011).

Assim, as Diretrizes Nacionais contribuem com o debate público por fornecer à sociedade e, em especial, às equipes de saúde mental do país, um arsenal de intervenção em casos de ideação e tentativa de suicídios, focando no trabalho de prevenção. Ademais, sua divulgação fomentou debates em Conferências e Seminários em capitais estratégicas para disseminação dos debates, a exemplo da cidade de Porto Alegre (Capital do Rio Grande do Sul) onde foi realizado o I Seminário Nacional para Prevenção ao Suicídio — ambiente de lançamento oficial das Diretrizes Nacionais. A partir deste momento, inicia-se um processo de consolidação do tema nas agendas de políticas públicas do país, o que mais tarde resultará na criação de políticas estaduais e municipais de prevenção ao suicídio, desenvolvidas de forma desigual no território brasileiro.

Machado, Leite e Bando (2014) oferecem uma análise sobre o processo de criação de políticas de prevenção ao suicídio no Brasil, destacando o Distrito Federal como a primeira unidade federativa a programar uma política pública sobre o tema, através da Portaria nº185/2012. Entre outras ações, esta política instituía protocolos para intervenção em casos de tentativa de suicídio, que deveriam ser atendidas com prioridade e, de preferência, por equipes multiprofissionais (BRASIL, 2012). Contudo, a ênfase dada às equipes de urgência e emergência demonstrava a referência que a política mantinha com as especialidades médicas, destacando, em seu Artigo 6º: “As emergências em Saúde Mental serão atendidas inicialmente pela Clínica Médica ou Pediátrica dos Hospitais Regionais”; e em seu Artigo 7º§1: “Deverá ser prioritária a distribuição da carga horária dos profissionais de Psiquiatria e Psicologia de toda a rede de saúde do SUS-DF para proporcionar a maior e melhor cobertura do Serviço” (BRASIL, 2012).

A referência à intervenção clínica é um reflexo da hegemonia da razão prática na relação com o fenômeno do suicídio, o que em situações de *risco de morte*, tende a ser mais efetivo do que outras abordagens. Ademais, a experiência do Distrito Federal simboliza o processo de construção das políticas de prevenção no país, pois, apesar de haver um movimento de mobilização nacional em meados de 2005/2006, inclusive com a promulgação das Diretrizes Nacionais, passaram-se mais de seis anos até que este processo resultasse na criação de uma política pública (MACHADO; LEITE; BANDO, 2014).

Além da morosidade institucional em relação ao tema, a política de prevenção do Distrito Federal foi revogada em 2018, somando pouco mais de seis anos de intervenção no território. Parte de seus protocolos foram incorporados à Rede de Atenção Psicossocial



(RAPS)⁵ do SUS, que passou a instrumentalizar a atuação profissional em casos de ideação e tentativa de suicídio no país. Entretanto, a RAPS não orienta sobre ações específicas que atores e instituições devem mobilizar para reduzir a taxa social de suicídios, tendo apenas um indicativo das *formas preferíveis de atenção* (BRASIL, 2018). Desde então, as ações de prevenção são balizadas pela mesma norma, que não considera aspectos locais ou determinações socioterritoriais para elaboração de seus protocolos de atendimento.

Destaca-se, ainda, a *Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio - PNPAS* (Lei nº 13.819/2019), sancionada no final de 2019 e que, devido às implicações da pandemia de Covid-19 no Brasil, teve sua implementação adiada. A novidade desta lei está na obrigatoriedade de notificação dos episódios de automutilação e ideação suicida de crianças e adolescentes nas escolas (públicas e privadas), instruindo atores ligados à saúde e educação a identificarem “comportamentos de risco para o suicídio”. Entre outras novidades, destaca-se a alteração da Lei nº 9.656/1998, passando a incluir nos planos de saúde privados a obrigatoriedade da oferta de atendimento psiquiátrico e psicológico para crianças e adolescentes. Ademais, a PNPAS reforça, em seu Artigo 3º§VI, a intenção de “sensibilizar a sociedade” sobre um problema “passível de prevenção” (BRASIL, 2019). Além disso, a PNPAS de 2019 institui a manutenção do serviço telefônico para acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico (Art. 4º da Lei 13.819/2019), através do Centro de Valorização da Vida (CVV – 188). Com a mudança da Lei, o contato telefônico “188” passa a ser oferecido em todo o território nacional, além de contar com recursos para contratação de equipamentos, serviços e treinamento de voluntários (BRASIL, 2019; CVV, 2022).

Contudo, até a conclusão deste trabalho, a PNPAS não dispõe de um planejamento orçamentário, tampouco está vinculada a algum fundo econômico para políticas públicas, sendo, essencialmente, uma Lei normativa, mas sem recursos para sua implementação. Além disso, as normas estabelecidas na PNPAS criam novas demandas de notificação compulsória às escolas e Conselhos Tutelares do país, sem que haja a previsão de espaços formativos para estes atores para identificação das situações cabíveis de notificação. Para além de suas contribuições ao debate nacional sobre prevenção ao suicídio, parte de suas diretrizes

⁵ A Rede de Atenção Psicossocial (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, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, um dos princípios da RAPS é garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando a assistência por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências psiquiátricas (BRASIL, 2011).



acusam um posicionamento ideológico de atores políticos com uma forte inclinação à atenção psicologizante de indivíduos em sofrimento psíquico⁶.

Já em relação à historicidade das políticas de prevenção ao suicídio no Estado do Rio Grande do Sul, nota-se uma trajetória distinta e mais incisiva em relação à participação do Poder Público na promoção de estratégias e políticas públicas.

O Rio Grande do Sul possui a maior incidência de suicídios por número de habitantes do Brasil, com uma taxa social de suicídio superior a 13 óbitos a cada 100 mil habitantes em 2022, sendo que em algumas de suas regiões de saúde, este índice pode ser até três vezes maiores (SIM, 2023; CEVS, 2018). Em comparação à média nacional de suicídios, que em 2022 foi de, aproximadamente, 6,5 óbitos a cada 100 mil habitantes, reconhece-se que a morte voluntária é um fenômeno social expressivo do território gaúcho, o que tende a motivar sua problematização na Esfera Pública.

Neste sentido, o território acumula experiências pioneiras de mobilização social e política em prol da diminuição da taxa social de suicídios. A primeira delas, já citada, foi a realização do I Seminário Nacional de Prevenção ao Suicídio, que ocorreu na cidade de Porto Alegre em 2006 e serviu como palco de lançamento das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio (BRASIL, 2006). No ano seguinte, em 2007 foi lançado o Programa de Prevenção à Violência (PPV) em 50 municípios com maior incidência de mortes violentas no Estado, incluindo aqueles com altas taxas de suicídio. No mesmo ano foi realizado o I Fórum Estadual de Prevenção da Violência, em Porto Alegre, onde foi anunciado o Programa de Prevenção do Suicídio (PPS), que viria a ser implementado em 10 municípios gaúchos com maior taxa social de suicídios (STAVIZKI JUNIOR, 2021).

Um dos exemplos é a experiência do município de Candelária/RS, que criou, em 2009, uma das primeiras políticas de prevenção ao suicídio em nível municipal que se tenha notícia no Brasil, intitulada “Programa Vida Sim” (CONTE et al., 2012). Este programa teve como objetivo capacitar equipes de atenção básica em saúde a identificarem casos de ideação suicida e a construírem um fluxo de encaminhamento destes casos para os serviços especializados em saúde mental. O *Programa Vida Sim* teve duração de três anos e é considerado como uma experiência exitosa, inclusive sendo referenciado pelo Ministério da Saúde como um “caso de sucesso” (BRASIL, 2009) e tendo suas ações incorporadas às rotinas de trabalho das equipes de saúde mental em diferentes municípios, além de reduzir o número de óbitos no período de realização do programa (CONTE et al., 2012, p. 2024).

⁶ A redação da Lei nº 13.819/2019 foi apresentada, primeiramente, pelo médico e deputado federal pelo Estado do Rio Grande do Sul, Sr. Osmar Gasparini Terra (MDB).



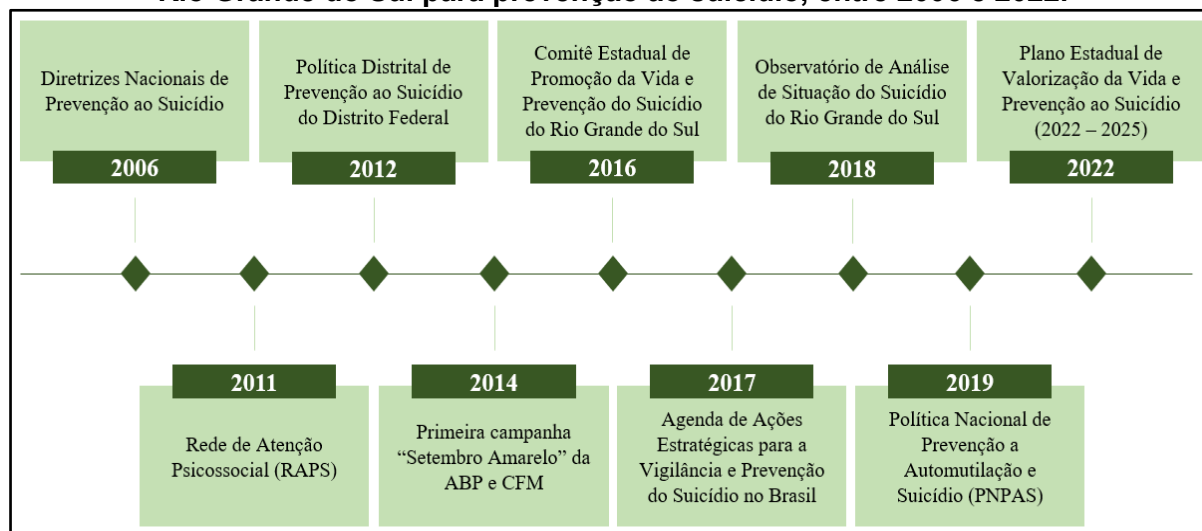
Em 2014, o território gaúcho se destaca novamente ao ser o primeiro Estado brasileiro a realizar a campanha “Setembro Amarelo”, em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Conselho Nacional de Medicina (CNM) e o CVV. Esta campanha teve um impacto relevante para abertura de diálogo sobre o tema na Esfera Pública, sendo atualmente a maior campanha de prevenção ao suicídio do Rio Grande do Sul e do Brasil (STAVIZKI JUNIOR; VICCARI, 2018).

Em 2016 o governo estadual criou o “Comitê de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul”, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde. A criação do *Comitê Estadual* nasce por iniciativa governamental, porém responde a uma demanda de atores e instituições que, mediante ao aumento da taxa social de suicídios no Estado, propõem a elaboração de uma Política Estadual de Prevenção do Suicídio, sendo este o objetivo principal do *Comitê Estadual* (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Em 2018, a Secretaria Estadual de Saúde instituiu, através da Portaria nº 678/2018, o “Observatório de Análise de Situação do Suicídio no Estado do Rio Grande do Sul”, coordenado pelo Núcleo de Doenças e Agravos não transmissíveis (DANT) da Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE) do CEVS/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2020). O *Observatório do Suicídio*, como é conhecido, é uma iniciativa da Escola de Saúde Pública (ESP/RS) e assume a tarefa de “produzir conhecimento e condições para o aperfeiçoamento da atenção à saúde dos usuários em situação de risco para o suicídio (ideias de morte, ideação suicida, plano, tentativa de suicídio e suicídio consumado) e seus familiares ou sobreviventes” (SES/RS, 2018, Art. 2º).

Por fim, a mais recente ação promovida pelo Estado gaúcho foi o lançamento do “Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022 – 2025)”, em julho de 2022. Este plano é resultado de dois anos de articulação política entre o Comitê Estadual e as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), construído de forma colaborativa a partir de quatro eixos norteadores: a) Promoção da vida e prevenção do comportamento suicida; b) Vigilância epidemiológica de óbitos e tentativas de suicídio; c) Comunicação e informação sobre o fenômeno no Estado; e d) Gestão em saúde em todos os níveis de atenção. Estes eixos formam os objetivos específicos do Plano, que deve ser efetivado em todas as regiões do território até dezembro de 2025 (SES/RS, 2022, p. 6).

Figura 1. Linha do tempo das principais políticas públicas do Brasil e do Estado do Rio Grande do Sul para prevenção ao suicídio, entre 2006 e 2022.



Fonte: Elaborado pelos autores

A trajetória relatada até aqui, que à primeira vista parece ser um processo linear de avanços e conquistas políticas, esconde elementos que tornam sua problematização indispensável para extrair do movimento da realidade as contradições deste processo. Sabe-se que a temática enfrenta barreiras culturais e políticas na Esfera Pública e que a intervenção para redução de incidência não é homogênea. Apesar disso, é notável que na última década a temática conquistou espaço nas agendas de políticas públicas no Rio Grande do Sul, a exemplo da criação do *Comitê Estadual para Prevenção do Suicídio* e do *Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022 – 2025)*.

Entretanto, considera-se o debate nacional sobre a problemática, ainda, incipiente e, em muitos aspectos, inconclusivo. A classificação do tema como um problema de saúde pública, há mais de 15 anos, evidencia sua relevância no território nacional, apesar de não haver um consenso em relação às causalidades deste fenômeno, tampouco às formas de prevenção (FRAGA; MASSUQUETTI; GODOY, 2016; MOURA, 2016; FRANK; MONTEIRO, 2020). Apesar disso, reconhece-se os avanços na construção de propostas que encarem a incidência de suicídios como um problema socioterritorial, fornecendo instrumentos para construção de espaços de diálogo democráticos e propositivos. Neste caminho, destacam-se as ações promovidas por atores e instituições do Estado do Rio Grande do Sul, que possuem uma trajetória de construção de políticas de prevenção ao suicídio.



4. A incidência de suicídios no Estado e os desafios para sua redução

A incidência de suicídios no território gaúcho é considerada alta em relação à média nacional e em comparação com outros Estados, inclusive na Macrorregião Sul do país. Dezenas de pesquisadores e de diferentes campos e épocas analisaram a alta incidência de mortes causadas por lesões autoprovocadas no território, enfatizando a expressividade da taxa social de suicídios no Rio Grande do Sul (MENEHHEL et al., 2004; CONTE et al., 2012; BOTEAGA, 2014; MACHADO; LEITE; BANDO, 2014; DIANIN, 2015, CEVS, 2018).

Em 2020 – último ano de referência do SIM para óbitos por “lesão autoprovocada” no Brasil – a taxa média de suicídios no Rio Grande do Sul foi o dobro da média nacional, sendo que o Estado registrou uma taxa de 12,42 óbitos a cada 100 mil habitantes; enquanto a média nacional foi de 6,53 óbitos a cada 100 mil habitantes no mesmo período.

Tabela 1. Número e taxa social de suicídios dos Estados brasileiros em 2020.

| <i>Unidade da Federação</i> | <i>População Estimada*</i> | <i>Suicídios 2020</i> | <i>Taxa de Suicídios**</i> |
|---------------------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------|
| <i>Acre</i> | 894.470 | 72 | 8,05 |
| <i>Alagoas</i> | 3.351.543 | 168 | 5,01 |
| <i>Amapá</i> | 861.773 | 51 | 5,92 |
| <i>Amazonas</i> | 4.207.714 | 313 | 7,44 |
| <i>Bahia</i> | 14.930.634 | 737 | 4,94 |
| <i>Ceará</i> | 9.187.103 | 606 | 6,60 |
| <i>Distrito Federal</i> | 3.055.149 | 198 | 6,48 |
| <i>Espírito Santo</i> | 4.064.052 | 251 | 6,18 |
| <i>Goiás</i> | 7.113.540 | 596 | 8,38 |
| <i>Maranhão</i> | 7.114.598 | 341 | 4,79 |
| <i>Mato Grosso</i> | 3.526.220 | 261 | 7,40 |
| <i>Mato Grosso do Sul</i> | 2.809.394 | 244 | 8,69 |
| <i>Minas Gerais</i> | 21.292.666 | 1.647 | 7,74 |
| <i>Pará</i> | 8.690.745 | 391 | 4,50 |
| <i>Paraíba</i> | 4.039.277 | 258 | 6,39 |
| <i>Paraná</i> | 11.516.840 | 935 | 8,12 |
| <i>Pernambuco</i> | 9.616.621 | 451 | 4,69 |
| <i>Piauí</i> | 3.281.480 | 313 | 9,54 |
| <i>Rio de Janeiro</i> | 17.366.189 | 789 | 4,54 |
| <i>Rio Grande do Norte</i> | 3.534.165 | 235 | 6,65 |
| <i>Rio Grande do Sul</i> | 11.422.973 | 1.419 | 12,42 |
| <i>Rondônia</i> | 1.796.460 | 139 | 7,74 |
| <i>Roraima</i> | 631.181 | 36 | 5,70 |
| <i>Santa Catarina</i> | 7.252.502 | 778 | 10,73 |
| <i>São Paulo</i> | 46.289.333 | 2.359 | 5,10 |
| <i>Sergipe</i> | 2.318.822 | 130 | 5,61 |
| <i>Tocantins</i> | 1.590.248 | 117 | 7,36 |
| BRASIL | 211.755.692 | 13.835 | 6,53 |

Observações: *População Estimada pelo IBGE em 2020; **Taxa de suicídio por 100 mil habitantes.

Fonte: IBGE (2023); MS/SVS/CGIAE - SIM (2023). Organizado pelos autores.



Além da base de dados disponibilizada pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade do SUS, o Estado do Rio Grande do Sul, através do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), vinculado à Secretaria Estadual de Saúde. A partir destes dados, é possível categorizar a incidência de óbitos por lesão autoprovocados por região de saúde e, assim, analisar o fenômeno em diferentes escalas do território. Ao observar estas informações, nota-se que na maioria das regiões de saúde, a taxa de suicídios por 100 mil habitantes é superior à média estadual e mais de duas vezes superior à média nacional.

Tabela 2. População estimada, taxa social de suicídios e taxa de tentativas de suicídio por 100 mil habitantes nas Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul em 2022.

| <i>Região de Saúde</i> | <i>TS. 2022</i> | <i>Tx.TS. 2022</i> | <i>Suicídios 2022</i> | <i>Tx.S. 2022</i> | <i>População Estimada</i> |
|--|---------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| <i>Alto Uruguai Gaúcho</i> | 61 | 25,6 | 30 | 12,6 | 238.313 |
| <i>Araucárias</i> | 55 | 41,15 | 17 | 12,7 | 133.661 |
| <i>Belas Praias</i> | 119 | 79,26 | 35 | 23,3 | 150.146 |
| <i>Bons Ventos</i> | 145 | 65,71 | 29 | 13,1 | 220.661 |
| <i>Botucaraí</i> | 120 | 100,31 | 31 | 25,9 | 119.625 |
| <i>Caminho das Águas</i> | 103 | 53,92 | 41 | 21,5 | 191.015 |
| <i>Campos de Cima da Serra</i> | 189 | 190,03 | 13 | 13,1 | 99.456 |
| <i>Capital e Vale do Gravataí</i> | 1373 | 58,65 | 182 | 7,8 | 2.341.155 |
| <i>Carbonífera/Costa Doce</i> | 142 | 34,35 | 43 | 10,4 | 413.389 |
| <i>Caxias e Hortênsias</i> | 739 | 127,52 | 79 | 13,6 | 579.519 |
| <i>Diversidade</i> | 147 | 63,47 | 43 | 18,6 | 231.604 |
| <i>Entre Rios</i> | 131 | 102,77 | 17 | 13,3 | 127.467 |
| <i>Fronteira Noroeste</i> | 170 | 73,12 | 42 | 18,1 | 232.501 |
| <i>Fronteira Oeste</i> | 335 | 70,34 | 50 | 10,5 | 476.229 |
| <i>Jacuí Centro</i> | 173 | 83,55 | 25 | 12,1 | 207.056 |
| <i>Pampa</i> | 134 | 70,54 | 25 | 13,2 | 189.963 |
| <i>Planalto</i> | 395 | 97,38 | 65 | 16 | 405.617 |
| <i>Portal das Missões</i> | 99 | 74,47 | 22 | 16,5 | 132.940 |
| <i>Rota da Produção</i> | 81 | 48,55 | 24 | 14,4 | 166.830 |
| <i>Sete Povos das Missões</i> | 105 | 35,92 | 57 | 19,5 | 292.322 |
| <i>Sul</i> | 793 | 90,73 | 115 | 13,2 | 874.062 |
| <i>Uva Vale</i> | 160 | 88,13 | 30 | 16,5 | 181.547 |
| <i>Vale da Luz</i> | 137 | 109,26 | 33 | 26,3 | 125.390 |
| <i>Vale do Caí e Metropolitana</i> | 388 | 51,02 | 76 | 10 | 760.412 |
| <i>Vale do Paranhana e Costa Serra</i> | 185 | 81,61 | 30 | 13,2 | 226.680 |
| <i>Vale do Rio Pardo</i> | 472 | 136,68 | 72 | 20,8 | 345.327 |
| <i>Vale dos Sinos</i> | 282 | 35,07 | 68 | 8,5 | 804.028 |
| <i>Vales e Montanhas</i> | 224 | 101,64 | 63 | 28,6 | 220.378 |
| <i>Verdes Campos</i> | 457 | 99,41 | 75 | 16,3 | 459.692 |
| <i>Vinhedos e Basalto</i> | 338 | 112,32 | 40 | 13,3 | 300.938 |

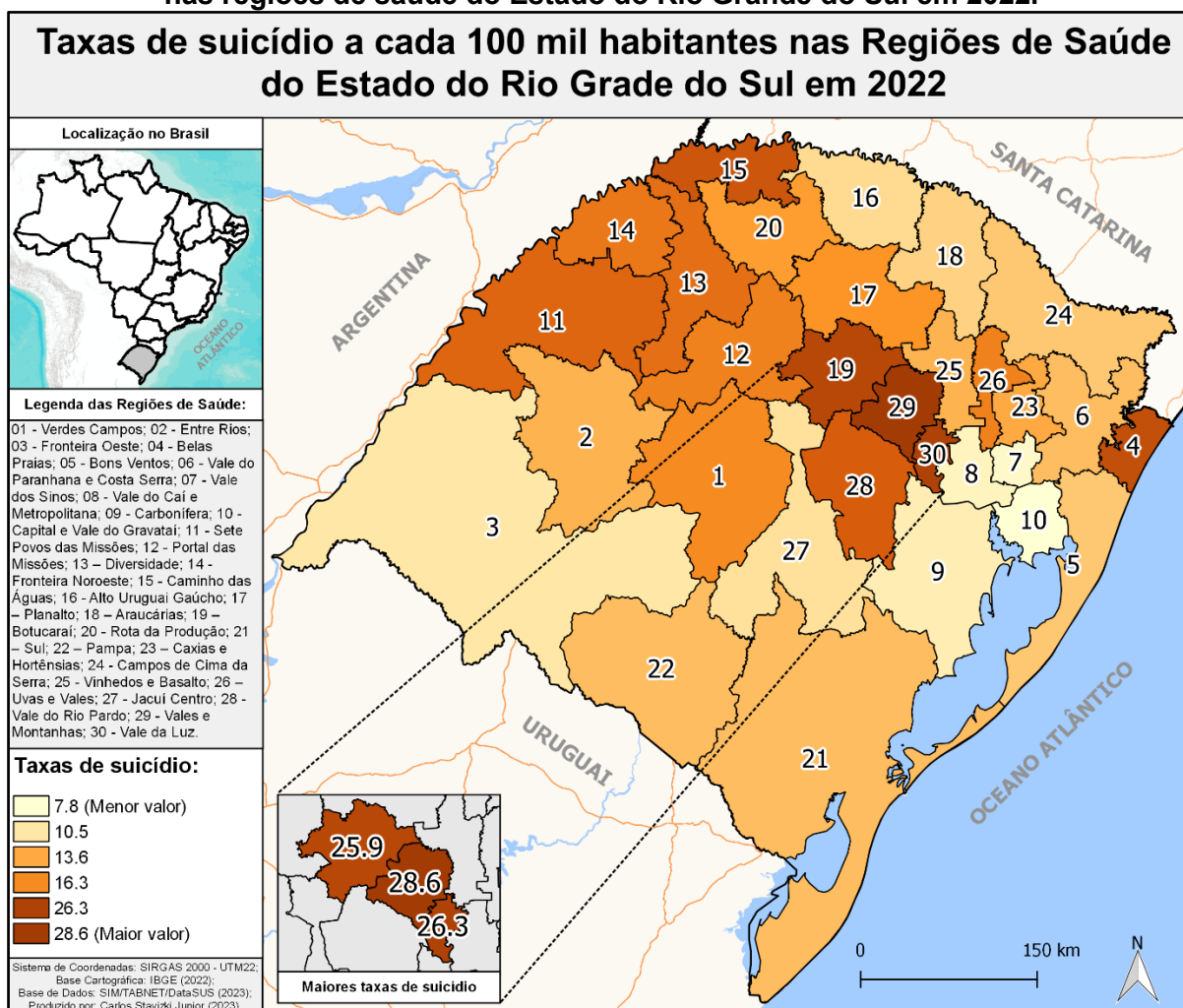
Legenda: Taxa por 100 mil habitantes (Tx), Tentativas de Suicídio (TS), Suicídios (Ns), População (Np).

Fonte: IBGE (2023); MS/SVS/CGIAE - SIM (2023). Organizado pelos autores.



Transmitindo estas informações em uma representação cartográfica, é possível notar que as regiões de saúde com maior incidência de suicídio localizam-se na região central do Estado, e que as regiões com menor incidência estão, justamente, em áreas metropolitanas do território, onde a população supera os 2.000.000 de habitantes. Destaca-se que as taxas de suicídio e tentativa de suicídio não correspondem diretamente ao número de habitantes, indicando para a necessidade de analisar outras variáveis em relação ao fenômeno. A observação do fenômeno no território auxilia nesta interpretação, que deve estar relacionada aos indicadores sociais, econômicos, de qualidade de vida e de desenvolvimento das regiões, incluindo ainda, características históricas e culturais de cada recorte territorial.

Mapa 1. Representação cartográfica das taxas de suicídio a cada 100 mil habitantes nas regiões de saúde do Estado do Rio Grande do Sul em 2022.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - SIM (2023). Elaborado por Carlos Stavizki Junior (2023).



As explicações para a alta incidência de óbitos autoprovocados nas regiões de saúde do Botucaraí, Vales e Montanhas e Vale da Luz são inconclusivas. Os indicadores sociais utilizados pelo Índice de Desenvolvimento Socioeconômico - IDESE (Saúde, Renda e Educação) indicam perdas em municípios destas regiões, porém em comparação a outras regiões, esta relação é pouco explicativa (IDESE, 2019). Outras hipóteses, como a influência de elementos culturais dos povos imigrantes destas regiões, a exemplo da *ética do trabalho* da tradição germânica (MOURA, 2016); ou ainda o impacto do uso de agrotóxicos em propriedades agrícolas da região (FRANK; MONTEIRO, 2020); e até mesmo, “o acirramento que as políticas econômicas têm infringido à população trabalhadora, especialmente aos seus segmentos mais vulneráveis” (MENEGHEL et al., 2004, p. 810).

Considerações Finais

Este trabalho observou três categorias — ao nosso ver, centrais — no debate sobre prevenção ao suicídio na esfera pública do Rio Grande do Sul. Primeiramente, problematizou-se as bases da racionalidade hegemônica que organiza a ação de atores e instituições envolvidos em estratégias de prevenção ao suicídio na atualidade, destacando os discursos de maior influência e que, no âmbito acadêmico, encontram dificuldades em construir uma síntese sobre o assunto. A questão “*qual a estratégia de prevenção ao suicídio mais eficaz na atualidade*” está em aberto e sua resposta tende a caminhar pela complexidade dos campos científicos. É neste ponto que se encontra o campo do Desenvolvimento Regional e sua articulação entre teorias sociais, bases conceituais e preocupação com os territórios e suas particularidades.

Apresentou-se, também, uma síntese das principais políticas de prevenção ao suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul, demonstrando o processo de institucionalização deste debate na esfera pública gaúcha, a partir do campo da saúde. Esta relação indireta entre Estado e prevenção ao suicídio tem se mostrado frutífera na construção de equipamentos de ação; mas pouco eficaz na diminuição da taxa social de suicídios do território. Justificou-se esse argumento através da análise da incidência de mortes autoprovocadas nas regiões de saúde, a partir de dados secundários disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado. É evidente que a taxa social de suicídios no território é alta, e que nas regiões interioranas esta medida evidencia um problema público emergente.

Conclui-se que a incompletude deste debate convida à abertura de uma agenda de pesquisa sobre o impacto das políticas de prevenção ao suicídio, em especial, para o Rio



Grande do Sul, que possui um histórico de ações de Estado neste tema e está envolto na execução de um *Plano Estadual para Prevenção ao Suicídio (2021 – 2025)*. É neste propósito que o campo do Desenvolvimento Regional tende a contribuir com o aperfeiçoamento de indicadores e construção de respostas à problemática, sobretudo por considerar os territórios como agentes promotores de soluções aos problemas públicos.

Referências

BASSETTE, Fernanda. **É preciso haver uma política de prevenção ao suicídio**. Veja: Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <<https://complemento.veja.abril.com.br/entrevista/jose-manoelbertolote.html>>. Acessado em: 02 fev. 2023.

BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: UNESP, 2012, 144 p.

BERTOLETE, José Manoel; FLEISCHMANN, Alexandra. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World psychiatry**, v. 1, ed. 3, p. 181-185, 2002.

BOMBARDI, Larissa Mies. Intoxicação e morte por agrotóxicos no Brasil: a nova versão do capitalismo oligopolizado. **Boletim Dataluta**, v. 45, p. 1-21, 2011.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez., 2014

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Boletim Estatístico de Previdência Social**; vol. 34, n.º 11, nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal [...] por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 14 nov. 2018, 9p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 dez. 2011, 230p.

BRASIL. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio**, Brasília, 14 ago. 2006.

BRASIL. Portaria nº 185, de 12 de setembro de 2012. **Institui as normas para atenção às emergências em Saúde Mental no âmbito do SUS-DF**. Distrito Federal, 12 set. 2012.

CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke. **Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução**. Editora Blucher, 2017.

CEVS. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rio Grande do Sul. Boletim de Vigilância do Suicídio e Tentativa de Suicídio. **Bol. Vig. Suicídio**. v. 1. n. 1. set. 2018.

CONTE, Marta., MENEGHEL, Stela N., TRINDADE, Aline G., CECCON, Roger F., HESLER, Lilian Z., CRUZ, Claudia W., SOARES, Regina., PEREIRA, Sanderlei., JESUS, Irani. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. Rio de Janeiro: **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n. 8, 2012.



DIANIN, Irene Maria Brzezinski. **Suicídio: políticas e ações de enfrentamento a partir da política nacional de saúde pública (2006), no Vale do Rio Pardo**. 2015. 244 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional). UNISC; Santa Cruz do Sul, 2015.

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

FEE. Fundação de Economia e Estatística. **IDESE: Série Histórica**. Disponível em: <<http://www.fee.org.br>>.

FRAGA, Wagner Santana de; MASSUQUETTI, Angélica; GODOY, Marcia Regina. **Determinantes socioeconômicos do suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul**. In: Anais do 19º Encontro de Economia da Região Sul. Florianópolis/SC, 2016.

FRANK, Maria Cristina; MONTEIRO, Maristela Goldnadel; LIMBERGER, Renata Pereira. Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal dos casos de 2017 e 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 29, n. 2, 2021.

GUNNELL, David.; FRANKEL, S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. **Clinical research**; v. 308, n.6938, pp. 1227–1233, 1994. DOI: //doi.org/10.1136/bmj.308.6938.122.

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.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**; v. 38, n. 6, pp. 804-810, 2004.

MILLER, David N.; GOULD, Kaitlin. Forgotten founder: Harry Marsh Warren and the history and legacy of the Save-A-Life League. **Suicidology online**, v. 4, p. 12-15, 2013.

MINOIS, Georges. **História do Suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária**. Tradução de Fernando Santos. São Paulo: Unesp, 2018.

MOURA, Rosylaine. **Narrativas sobre suicídio, cultura e trabalho em um município colonizado por alemães**. 2016. 205 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mental health action plan 2013-2020**. Genebra: 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Infraestrutura Estadual de Dados Espaciais (IEDE). Secretaria Estadual de Saúde (SES). **Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul**. 2020. Disponível em: <<https://iede.rs.gov.br/portal/home/>>. Acesso em 28 jan. 2023.

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

SES. Secretaria Estadual de Saúde. Estado do Rio Grande do Sul. **Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção o Sucídio (2022 – 2025)**. Políticas de Saúde. 2022, 73 p.

SIM. Sistema de Informações Sobre Mortalidade. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). **Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade**. 2023. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

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.

UN. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **ODS 3 – Saúde e Bem-Estar. 2022**. Nações Unidas no Brasil. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdqs>. Acesso em 14 fev. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Luxembourg: WHO, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 08 fev. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates**. Geneve: World Health Organization, 2021.