

O FENÔMENO DO SUICÍDIO EM PAUTA: Análise socioterritorial das mortes autoprovocadas no Estado do Rio Grande do Sul entre 2010 e 2024

Carlos Stavizki Junior

**GRUPO DE TRABALHO: GT1: Desenvolvimento regional, planejamento,
governança, controle social e gestão do território**

RESUMO

Este trabalho analisa o fenômeno do suicídio no Rio Grande do Sul, destacando sua taxa elevada, que é duas vezes maior que a média nacional. A pesquisa adota uma abordagem socioterritorial, considerando o território como um espaço que reflete as dinâmicas sociais, econômicas e culturais. Embora os debates sobre o suicídio tendam a enfocar fatores de risco e proteção, as estratégias de prevenção costumam ser padronizadas e não consideram as particularidades de cada território. O estudo critica essa visão reducionista e defende a análise do suicídio como um reflexo do mal-estar social, destacando a importância de integrar o contexto social e político na formulação de respostas. Conclui-se que a prevenção precisa ir além da lógica epidemiológica e considerar as especificidades de cada região.

Palavras-chave: Território. Socioterritorial. Prevenção do Suicídio. Mal-estar Social.

1. INTRODUÇÃO

A temática do suicídio manteve-se distante do debate público durante todas as fases de desenvolvimento capitalista. A exceção se dá, em parte, dentro do campo científico, porém, mesmo neste, o tema se mantém sedimentado em disciplinas ligadas à perspectiva epidemiológica e intervencionista (Moura, 2016; Fogaça, 2019). Desse modo, é comum que a discussão sobre prevenção do suicídio baseie-se em categorias demográficas, inspirada na própria tradição da sociologia de Durkheim, que operou indicadores sociais para elaborar classificações regionais do suicídio (Durkheim, 2000).

Seguindo a tradição durkheimiana e visando trazer elementos que fundamentem um debate sobre o fenômeno do suicídio no campo do planejamento urbano e regional, este trabalho apresenta dados quantitativos e demográficos das mortes autoprovocadas no Estado do Rio Grande do Sul, dentro de um recorte socioterritorial. Destaca-se a relevância do tema na esfera pública gaúcha, considerando que o Rio Grande do Sul é o estado brasileiro com maior incidência de suicídios e que mantém uma taxa de mortalidade duas vezes superior à média nacional, tornando-o em um fenômeno de notório interesse público.

O uso da categoria *território* para o propósito do trabalho, considera-o como espaço “utilizado por uma dada população” (Santos, 2003, p. 47). Logo, cada território se constitui a partir de um “arranjo particular”, que congrega características locais e globais que condicionam as dinâmicas sociais em movimento, revelando o sistema que organiza a vida social, o trabalho, a política etc. Etges (2001) explica que o território está em constante processo de transformação e conflito — “um campo de forças, como um lugar de exercício, de contradições entre o vertical e o horizontal, entre o Estado e o mercado, entre o uso econômico e o uso social dos recursos” (Etges, 2001, p. 7). Assim, entende-se que tanto o sistema socioeconômico, quanto o mundo da vida, se manifestam no território e este, por sua vez, compartilha sentidos sobre a realidade àqueles que usam, se apropriam e dão forma ao território.

Neste sentido, compreende-se que o reconhecimento social de um fenômeno como um problema dentro da esfera pública se dá através das determinações do território. É na esfera pública que os discursos e sentidos são compartilhados, podendo ter maior ou menor interesse a depender da conjuntura; ou ainda, ter maior ou menor retração, dependendo do grau de institucionalidade que o tema adquiriu dentro da esfera pública. Este é um processo dialético, no qual as particularidades do local/regional são contrastadas com o global (Santos, 2003; Etges, 2001). Na relação com a problemática do suicídio, por exemplo, o território congrega tanto as determinações de sua *incidência* (modo de produção, indicadores sociais, contexto socioeconômico, sofrimento social), como de sua *prevenção* (atores, instituições, serviços públicos, normas sociais, cultura etc.).

Para organizar este debate, o trabalho está dividido em quatro partes, sendo esta introdução a primeira. No segundo tópico, discute-se sobre as barreiras da racionalidade epidemiológica e seu uso na análise de indicadores de saúde mental, com críticas à identificação de um problema a partir de sua representação quantitativa no território. São apresentados mapas temáticos para argumentar sobre a relevância do tema para o território do Rio Grande do Sul. Na terceira parte, analisa-se os indicadores sociais ligados ao fenômeno do suicídio e a identificação do fenômeno como um problema socioterritorial. O quarto tópico são as considerações finais do estudo, ressaltando a necessidade de analisar a incidência de suicídios como um indicador de mal-estar social, em contraponto à ideia de “problema de saúde pública”. Destaca-se que as conclusões deste trabalho se fundamentam, especialmente, nos resultados da pesquisa do autor durante seu processo de doutoramento em Desenvolvimento Regional, dentro de um debate ampliado sobre a racionalidade neoliberal e as estratégias de prevenção do suicídio (Stavizki Junior, 2025).

2. A RACIONALIDADE EPIDEMIOLÓGICA E A REPRESENTAÇÃO CARTOGRÁFICA DO SUICÍDIO NO TERRITÓRIO DO RIO GRANDE DO SUL

A racionalidade epidemiológica organiza as funções dos sistemas de saúde em todo o território nacional, classificando regiões de maior risco a partir de indicadores abstratos e, por vezes, descaracterizados. Com raras exceções, as pesquisas sobre a problemática do suicídio não atribuem ao território valor de influência na relação com o fenômeno social, tampouco considera suas características sócio-históricas como elementos de risco ou proteção contra o suicídio. Em sua maioria, os estudos de relevância no Brasil articulam os possíveis fatores de risco/proteção à comportamentos individuais das vítimas: *hábitos pessoais* (uso de álcool e outras drogas), *histórico clínico* (medicações, diagnósticos e tratamentos), *vínculos sociais* (família, trabalho, escola, Igreja), *tentativas prévias* e o *método utilizado* (Bertolote, 2012; Botega, 2014; Minayo; Cavalcante, 2015).

Desse modo, ao analisar dados de saúde no campo do Desenvolvimento Regional, deve-se assumir certo rigor epistemológico para não transpor às ciências sociais a racionalidade instrumental que caracteriza os estudos sobre saúde mental; e vice-versa, dado a importância da análise epidemiológica para estabelecer argumentos válidos ao debate, considerando os interdiscursos presentes na esfera pública. Sobre isso, Minayo *et al.* (2003) destacam as relações entre ciências sociais e epidemiologia, afirmando que “a inserção das teorias sociais se dá por meio da apropriação dos termos de forma ideológica ou de senso comum”, o que resulta na “incorporação superficial e acrítica de marcos teóricos” (2003, p. 99). Isto ocorre pela tendência instrumental das ciências da saúde de transferir para a sociedade o significado de categorias próprias do indivíduo, como sintoma, doença, comportamento de risco, entre outros. Contudo, os autores defendem que a interrelação de categorias sociais com a epidemiologia tende a beneficiar o trabalho de identificação de um problema público de saúde, ao unirem sua expressão material no território, com uma abordagem crítica de suas razões socioterritoriais e conjunturais.

No âmbito do planejamento urbano e regional, por exemplo, a racionalização epidemiológica tende a promover o aperfeiçoamento de instituições como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do SUS, que desde 1996 tabula a incidência de suicídios no Brasil. Inclusive na esfera global, a análise de determinantes do suicídio como categorias subjetivas dos sujeitos, sobretudo aquelas relacionadas ao histórico médico e psicossocial, permitiram que cada vez mais países produzissem dados sobre suicídio, sendo estes os indicadores mais utilizados no seu monitoramento pela Organização Mundial de Saúde e instituições nacionais de vigilância epidemiológica (OMS, 2006; 2018; OPAS, 2020).

Desse modo, a racionalização da problemática tornou o debate sobre o suicídio menos áspero, envolvendo categorias comuns a diversos campos de estudo. Este processo abriu caminho para novas práticas de intervenção em casos de ideação suicida (Botega, 2014), as quais foram paulatinamente incorporadas pela racionalidade instrumental à organização do território e à própria estrutura do Estado.

Este processo abre caminho, ainda, para a ideia de “boas práticas” em ações de prevenção do suicídio, as quais incluem, entre outras: (a) tratamento de transtornos mentais; (b) restrição do acesso a métodos; e (c) busca ativa e triagem sistemática de pessoas com alto risco de comportamento suicida (Bertolote, 2012, p. 101-102). Nota-se que existe uma hierarquização de ações, sendo a principal delas o “tratamento de transtornos mentais”. Estas *recomendações*, encaminhadas aos Estados e Nações pela OMS, estimulam um tipo de agir estratégico às ações de prevenção, justificado por estudos clínicos vinculados às profissões especializadas do campo da saúde mental (Barbosa; Macedo; Silveira, 2011).

Na relação do território com as estratégias hegemônicas de prevenção do suicídio, a racionalidade se mostra como exógena ao sentido local dado à morte autoprovocada, pois transfere para o singular uma expressão universal, e não o contrário. Ao mesmo tempo, as intervenções mais inclusivas sobre o fenômeno limitam-se em analisar os indicadores do suicídio, retirando o sujeito da equação, e menosprezando as determinações do território, da cultura, da historicidade, do espaço e do tempo, no qual a morte ocorre. A partir da racionalidade instrumental, a morte autoprovocada se torna fenômeno social na relação com o indivíduo e fenômeno individual na relação com a sociedade. Em outras palavras, as explicações para um único suicídio tornam-se tão ou mais complexas que a explicação de centenas ou milhares de suicídios.

Dispomos hoje de todas as informações estatísticas sobre o suicídio, mas a questão de fundo pouco avançou, e não avançará enquanto se admitir tacitamente que é óbvio que viver a qualquer preço é melhor do que a morte. (Minois, 2018, p. 410).

A partir desta reflexão, compreende-se que para observar as razões contemporâneas de uma morte autoprovocada, é necessário categorizar suas determinações desde as relações sociais da vítima, sua situação socioeconômica, rotinas, hábitos; aos pesquisadores mais empenhados, pode-se ainda analisar expressões de seus desejos, sonhos, angústias e decepções no mundo da vida. Pode-se ainda verificar eventos adversos, como a perda do emprego/negócio, divórcio, morte de uma pessoa querida, entre tantos outros eventos capazes de infligir sofrimento e flertar com o desejo da morte de si.

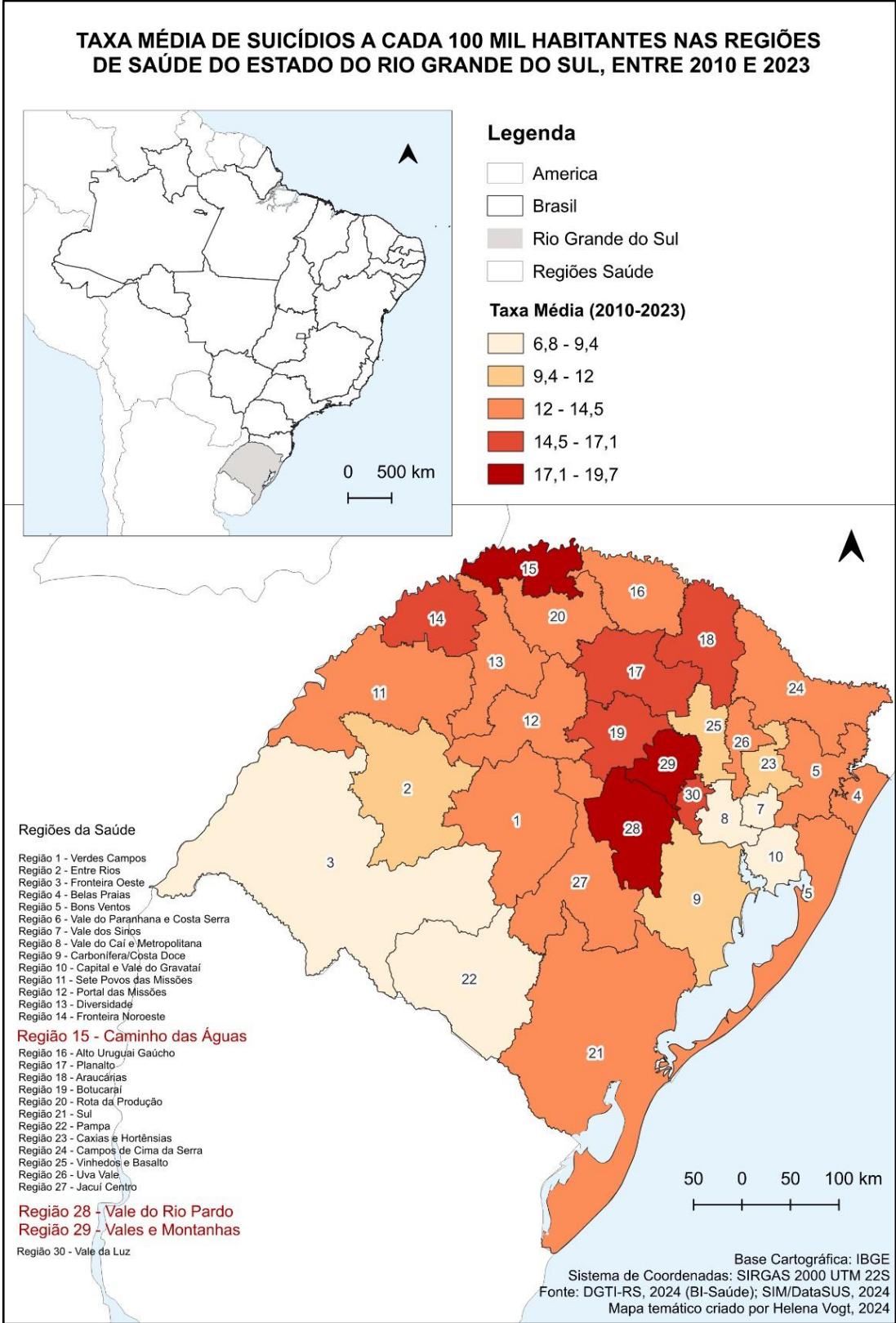
Porém, ao analisar os indicadores do suicídio em diferentes escalas territoriais (local, regional, estadual, nacional e global) encontram-se sentidos menos subjetivos e mais ligados ao modo de produção da sociedade; às determinações dos territórios; aos contextos socioterritoriais capazes de amplificar os sofrimentos sociais (Cassorla, 2017; Minois, 2018; Fogaça, 2019). Além do mais, é através da comparação de índices de mortalidade que os recursos do Estado são destinados às regiões com maior incidência do agravo, no sentido de eleger “prioridades”, segundo a lógica da austeridade fiscal, própria do neoliberalismo.

Neste sentido, o mapeamento da incidência de suicídios a partir da regionalização da saúde é elemento-chave para compreensão das dinâmicas de gestão pública dos recursos para sua prevenção, sendo este o recorte territorial utilizado no planejamento das políticas de saúde mental no Rio Grande do Sul. A Figura 1 apresenta a taxa média de mortes autoprovocadas durante quatorze anos (2010-2023), classificando as Regiões de Saúde¹ do estado em níveis de mortalidade por 100 mil habitantes. Os dados secundários foram coletados do *Sistema de Informações sobre Mortalidade* e organizados na forma de mapas temáticos, com o uso do software livre QGIS. O recorte temporal orientou-se pela disponibilidade de dados do Sistema BI Saúde, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do RS, que agrega informações tabuladas das declarações de óbito e notificações de violência das bases de dados oficiais do SUS, desde 2010. As categorias analisadas foram: “óbitos por causa externas” e “Grande Grupo E54: Suicídios e lesões auto infligidas” (SIM/DataSUS, 2024).

Nota-se que a maioria das Regiões de Saúde registram uma taxa média de suicídios superior à média estadual, e que as regiões com maior incidência por 100 mil habitantes são: *Vale do Rio Pardo* (19,69), *Caminho das Águas* (18,85) e *Vales e Montanhas* (18,15). Em outras 22 das 30 Regiões de Saúde, a taxa média de suicídios varia entre 9,4 e 14,5 óbitos a cada 100 mil habitantes, sendo apenas cinco regiões com incidência menor que 9,4/100 mil habitantes. Curiosamente, a região com menor incidência de óbitos é a *Capital e Vale do Gravataí* (6,79/100 mil), onde está localizada a metrópole de Porto Alegre. O mais curioso está no fato da *Região Vale da Luz* ter a maior taxa de tentativas de suicídio (103,68/100 mil hab.), seguida de *Vales e Montanhas* (98,47), *Planalto* (96,27) e *Vale do Rio Pardo* (81,52) (DGTI-RS, 2024).

¹ A regionalização da saúde no estado do Rio Grande do Sul baseia-se na organização dos serviços de apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar, sob direção das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). As CRS atuam de forma integrada com os gestores de saúde municipais e estão vinculadas diretamente à Secretaria Estadual de Saúde. Ao todo, o Rio Grande do Sul é dividido em sete Macrorregiões e 30 Regiões de Saúde, coordenadas por 19 CRS (SES-RS, 2016).

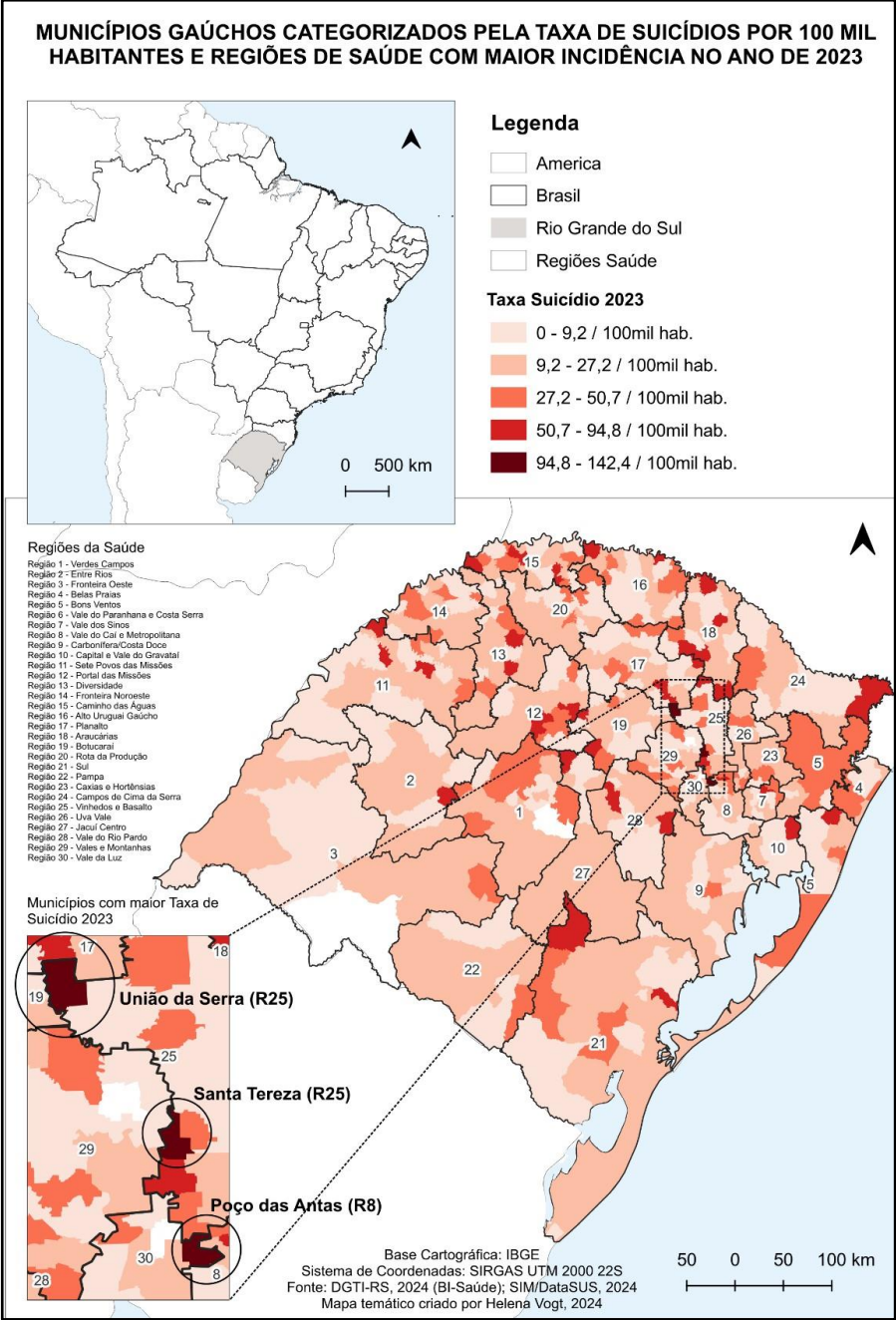
Figura 1. Mapa temático com a taxa média de suicídios a cada 100 mil habitantes nas Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, entre 2010 e 2023.



Fontes: DGTI-RS, 2024 (BI-Saúde); SIM/DataSUS, 2024. Organizado pelo autor.

Outro elemento relevante na análise territorial é a escala de observação do fenômeno, considerando que a relação entre número de óbitos e população residente tende a criar valores muito altos para municípios pouco populosos. A Figura 2 demonstra a disparidade das taxas de suicídio entre os municípios gaúchos ao nivelar o indicador à proporção de 100 mil habitantes.

Figura 2. Mapa temático dos municípios gaúchos categorizados pela taxa de suicídios por 100 mil habitantes e Regiões de Saúde com maior incidência no ano de 2023.



Fontes: DGTI-RS, 2024 (BI-Saúde); SIM/DataSUS, 2024.

A Figura 2 apresenta uma perspectiva que complexifica a análise do fenômeno e demonstra sua diferenciação no território, pois não evidencia uma relação de proximidade entre municípios com altas taxas de mortalidade; pelo contrário, demonstra que o fenômeno é espreado principalmente em áreas fronteiriças e aparece, com maior frequência, em municípios menos populosos e interioranos. Outra característica é que as regiões com maiores taxas de mortalidade possuem, em média, de dois a cinco municípios com incidência superior à média regional, o que acaba influenciando na análise regional, mesmo que a alta incidência não se manifeste no conjunto dos municípios que compõem a região. Isto demonstra a relevância dos dados municipais para a análise regional da taxa de suicídios e evidencia a necessidade de uma reflexão crítica destes dados.

Em relação aos índices de suicídio, a maior taxa de mortalidade em 2023 está no município de Vale do Sol (60,1/100 mil habitantes), seguido por Vale Verde (58,2/100 mil hab.) e Venâncio Aires (24,3/100 mil hab.), considerando os dados públicos do Sistema BI Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde (DGTI-RS, 2024). Destaca-se que a maioria dos municípios da região são classificados como de Pequeno Porte I, ou seja, com população inferior a 20 mil habitantes. Isto faz com que a relação de óbitos por 100 mil se converta em taxas muito altas, mesmo com o registro de uma única morte. Por esse motivo, a comparação das taxas de suicídio em municípios com populações significativamente diferentes tende a confundir a análise empírica do fenômeno, levando a erros de interpretação sobre a gravidade do fenômeno no território. Mais do que isso, a equivalência de municípios com características socioeconômicas distintas pode resultar em conclusões não-fidedignas à realidade local e regional.

Ressalta-se, ainda, que o coeficiente de óbitos representa uma fração do fenômeno em si, enquanto as tentativas de suicídio são um indicador significativo de sofrimento social, pois configura uma demanda de saúde recorrente e que, ao ser acolhida em tempo hábil para preservar a vida, possibilita a intervenção de atores e instituições para identificação e reconhecimento deste sofrimento. Ademais, entende-se que são as situações de tentativa, e não as de morte, que necessitam de maior atenção das políticas de saúde mental, sendo vital a oferta de acolhimento, tratamento e acompanhamento em situações de risco (Bertolote, 2012; Vidal *et al.*, 2013; Botega, 2014; Minayo; Cavalcante, 2015).

Considera-se, assim, que a relação multiescalar do fenômeno carece de uma análise sobre indicadores socioterritoriais para que se possa compreender as razões da alta incidência de suicídio em um município ou região. Apesar de residual, este trabalho vem encontrando adeptos dentro das ciências sociais, o que qualifica e amplia a compreensão sobre os determinantes do mal-estar social.

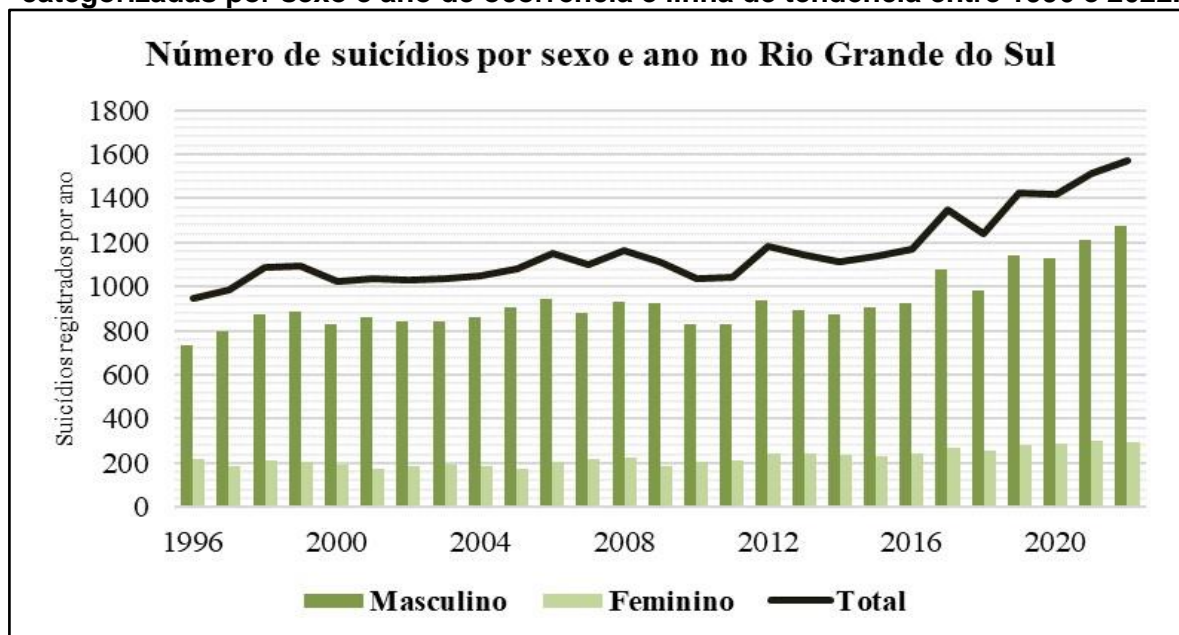
3. INDICADORES SOCIAIS DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO RIO GRANDE DO SUL E SUA IDENTIFICAÇÃO COMO PROBLEMA SOCIOTERRITORIAL

Para evidenciar a relevância do tema para uma região específica, deve-se compará-la com seus pares populacionais. A título de exemplo, pode-se comparar o município de Venâncio Aires (69.861 habitantes) com Montenegro (63.218), Cruz Alta (63.778), Farroupilha (68.563), Santa Rosa (72.240) ou Alegrete (78.501) – cidades de referência em suas respectivas regiões de saúde. Considerando apenas a população, nota-se a disparidade na incidência de suicídios, pois, nenhuma das cidades citadas ultrapassam a média de 12 suicídios a cada 100 mil habitantes, enquanto Venâncio Aires registra uma taxa média de 24,3/100 mil (DGTI-RS, 2024). Da mesma forma, se compararmos o município de Santa Cruz do Sul, com 126.082 habitantes – com os municípios de Bagé (121.743 hab.), Cachoeirinha (125.971 hab.) e Uruguaiana (129.651 hab.), fica evidente a disparidade do número de suicídios entre os territórios, sendo que Santa Cruz do Sul registra uma taxa média (entre 2010 e 2023) de 19 suicídios a cada 100 mil habitantes, enquanto os demais registram, respectivamente, 7,8/100 mil, 7,1/100 mil e 7,7/100 mil habitantes.

Isto demonstra a relevância dos dados para a análise territorial do suicídio, sendo que a comparação entre regiões evidencia a alta incidência de suicídios no território e coloca a problemática como pauta no debate público nas agendas de políticas públicas. Ademais, reconhece-se a relação histórica entre o Estado do Rio Grande do Sul e o debate sobre prevenção do suicídio, especialmente por ter a maior incidência do agravo por mais de 20 anos, e por ter uma esfera pública atenta a este fenômeno, a exemplo dos Comitês Municipais de Prevenção do Suicídio e do primeiro Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do país, instituído em 2016 como órgão permanente da Secretaria Estadual de Saúde, além de acumular experiências e repertórios de ação para a construção de políticas públicas de prevenção ao longo das últimas décadas (Stavizki Junior, 2021).

Para complementar a análise epidemiológica, apresenta-se três gráficos que sintetizam os indicadores mais utilizados para análise socioterritorial do fenômeno, com o intuito de fundamentar os argumentos mais utilizados nos discursos de atores sociais, como o fato do sexo masculino registrar maior número de mortes em relação ao sexo feminino, e estar em tendência de crescimento (Gráfico 1); ou a frequência de mortes por faixa etária, tendo os idosos a maior taxa de mortalidade (Gráfico 2); ou ainda, a relação entre estado civil e anos de formação (Gráfico 3).

Gráfico 1. Número de óbitos por lesão autoprovocada no Rio Grande do Sul, categorizadas por sexo e ano de ocorrência e linha de tendência entre 1996 e 2022.

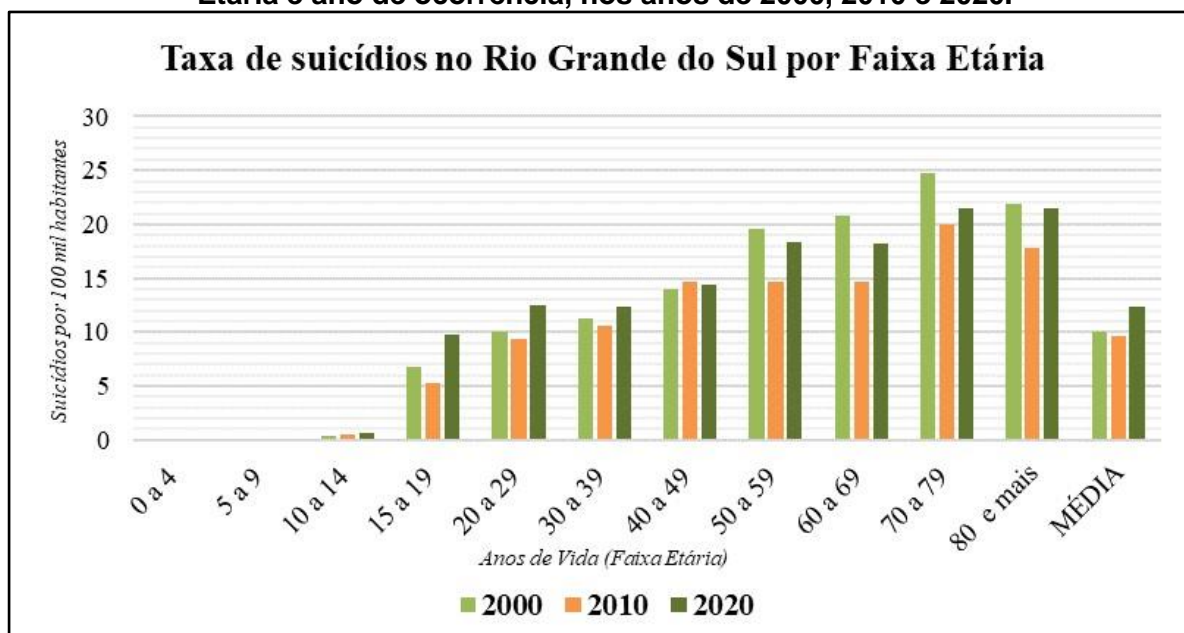


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DataSUS (2024). Organizado pelo autor.

A discrepância entre o número de mortes de homens e mulheres é significativa no Rio Grande do Sul e acompanha uma tendência mundial, reconhecida e confirmada por pesquisas nacionais (Minayo *et al.*, 2012; Machado; Santos, 2015; Fonseca *et al.*, 2018). Da mesma forma que o registro de tentativas de suicídio entre mulheres é superior à dos homens em praticamente todas as regiões do país e na maioria dos países ocidentais. Isto ocorre principalmente por fatores socioculturais, sendo que tradicionalmente as mulheres assumem mais responsabilidades com o cuidado de outras pessoas da família e frequentam, com maior periodicidade, os serviços públicos de saúde. Estes elementos não justificam, mas trazem luz ao fato de que mulheres morrem menos por suicídio do que homens. Pode-se problematizar, ainda, que homens têm receio de manifestar angústias e sofrimentos, são tardios em procurar ajuda psicológica e que tendem a utilizar métodos mais agressivos em tentativas de suicídio. Porém, dificilmente estes argumentos são demonstrados pelos dados epidemiológicos.

Outro dado destacado pelo gráfico é o crescimento no número de óbitos em ambos os sexos, confirmando uma tendência nacional que fez o Brasil saltar de uma taxa inferior a 4 suicídios a cada 100 mil habitantes, nas décadas de 1980 e 1990, para uma taxa de 7,6/100 mil em 2022, representando um dos maiores crescimentos na média de mortes deste tipo no mundo (SIM/DataSUS, 2024; OMS, 2022).

Gráfico 2. Taxa média de suicídios do Rio Grande do Sul, categorizada por Faixa Etária e ano de ocorrência, nos anos de 2000, 2010 e 2020.

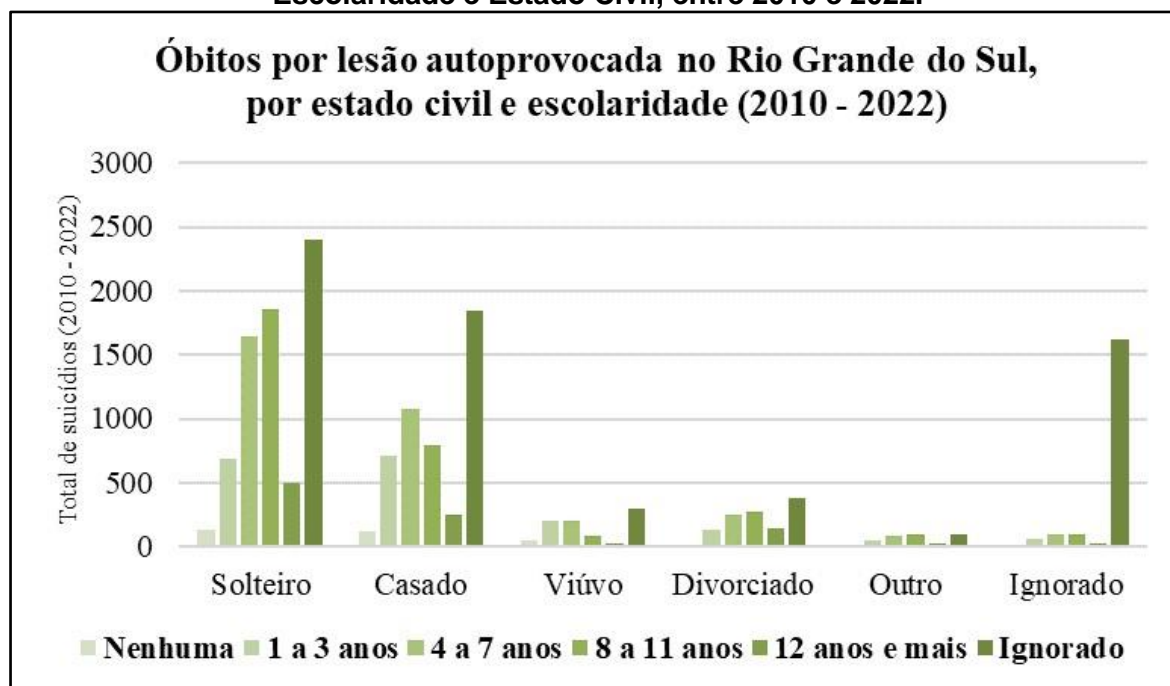


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DataSUS (2024). Organizado pelo autor.

Em números absolutos, dois terços das mortes autoprovocadas no Rio Grande do Sul são de pessoas adultas, entre 20 e 59 anos, representando 67% dos óbitos registrados em 2022, contra 29% de pessoas idosas (60 anos ou mais) e 4% de jovens com menos de 19 anos. Ocorre que, assim como na relação populacional, a incidência de suicídios se destaca entre populações menos numerosas, como é o caso de idosos com mais de 70 anos. Analisando o Gráfico 2, nota-se que as taxas de mortalidade entre idosos é significativamente maior que as demais, o que classifica esse público como de maior risco. Outro dado é o aumento expressivo da taxa de mortalidade entre jovens de 15 a 19 anos, o que tem justificado ações de prevenção voltadas a esta faixa etária. Outrossim, está no fato de haver uma queda nas taxas de suicídio em 2010 e um crescimento em todas as faixas etárias em 2020, sendo que na média geral, a taxa de suicídios cresceu cerca de 20% em 10 anos.

Cabe destacar, contudo, que a última década trouxe inovações no campo da tecnologia da informação, com um aperfeiçoamento das ferramentas de monitoramento das causas de mortalidade no país, inclusive com a institucionalização do registro de lesões autoprovocadas nas declarações de óbito (RAPS, 2011), o que pode explicar parte deste crescimento, considerando a qualificação da coleta de informações.

Gráfico 3. Número de suicídios no Estado do Rio Grande do Sul, categorizados por Escolaridade e Estado Civil, entre 2010 e 2022.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DataSUS (2024). Organizado pelo autor.

O Gráfico 3 destaca que as pessoas solteiras morrem mais por suicídio no Rio Grande do Sul, sendo uma tendência acompanhada pela média nacional e de outros estados. Na relação de óbitos autoprovocados entre 2010 e 2022, as pessoas solteiras registraram 35% mais mortes que aquelas em união estável, sendo 7.214 suicídios de solteiros e 4.796 de casados no período (SIM/DataSUS, 2024). Isto acompanha, inclusive, uma tradição da literatura ligada ao tema, na qual desde as conclusões de Émile Durkheim, o casamento é visto como um fator de proteção para o suicídio, sustentado por certos argumentos: “o casamento, em geral, protege mais os homens do que as mulheres” e “a existência de filhos no casamento tende a diminuir os riscos de suicídio” (Vares, 2017, p. 25). A partir da sociologia, significa dizer que o casamento fortalece a integração do sujeito com sua comunidade e grupo social (Durkheim, 2000).

Sobre os anos escolares, destaca-se a mortalidade em níveis médios de instrução, entre 4 e 11 anos de formação, ou seja, entre a alfabetização e o ensino médio regular. Ocorre que estes dados se confundem com a própria característica social do território, que possui baixas taxas de inserção no ensino superior; bem como, políticas públicas que monitoram a permanência escolar nos anos iniciais de formação.

Contudo, ao considerar estes dados à luz do contexto socioterritorial, nota-se que as populações com menor grau de instrução também são aquelas que assumem postos de

trabalho com menor remuneração – no Rio Grande do Sul, o atendimento escolar básico (dos 6 aos 14 anos) é oferecido a 97,6% da população, enquanto o ensino médio (dos 15 a 17 anos,) é entregue para 70,6% dos jovens gaúchos (INEP, 2021). Em certa medida e considerando o contexto neoliberal de competição entre indivíduos, a falta de instrução limita o sujeito de tal modo, que lhe impõe condições desiguais de disputa no mundo do trabalho, causando angústias, frustrações e sofrimentos; reflete-se em uma massa de trabalhadores pobres e sem as ferramentas para acesso às outras classes sociais (renda e cultura), e desiludida com os discursos vazios de empreendedorismo e afins, criando, assim, um contexto de mal - estar social no território (Stavizki Junior, 2025).

Neste sentido, torna-se relevante a análise de dados epidemiológicos do suicídio nos estados brasileiros mais populosos, para fins de comparação das taxas de mortalidade e faixa etária, desconsiderando pessoas com menos de cinco anos. A Tabela 1 apresenta o indicador *faixa etária e taxa por 100 mil habitantes* dos óbitos por lesões autoprovocadas em 2022 no Brasil e nos estados de São Paulo (SP), Minas Gerais (MG), Rio de Janeiro (RJ), Bahia (BA), Paraná (PR) e Rio Grande do Sul (RS).

Tabela 1. Taxa social de suicídios no Brasil e Estados selecionados em 2022, categorizados por Faixa Etária, segundo declarações de óbito.

Faixa Etária	BA	MG	RJ	SP	PR	RS	BRASIL
5 a 14 anos	0,47	0,60	0,28	0,45	0,92	0,66	0,71
15 a 24 anos	5,73	8,81	4,47	7,48	11,40	10,08	8,37
25 a 34 anos	7,59	12,49	6,49	8,75	13,76	14,49	10,01
35 a 44 anos	8,83	14,67	6,22	8,94	14,30	16,76	10,41
45 a 54 anos	7,87	12,84	6,14	7,59	12,93	18,44	9,84
55 a 64 anos	7,67	11,27	5,44	6,82	13,03	18,48	9,63
65 a 74 anos	5,76	9,54	5,48	5,79	10,36	20,49	9,23
75 anos +	6,44	8,32	4,51	5,31	8,18	24,48	9,04
Total	6,30	10,20	4,98	6,70	10,99	14,59	8,29

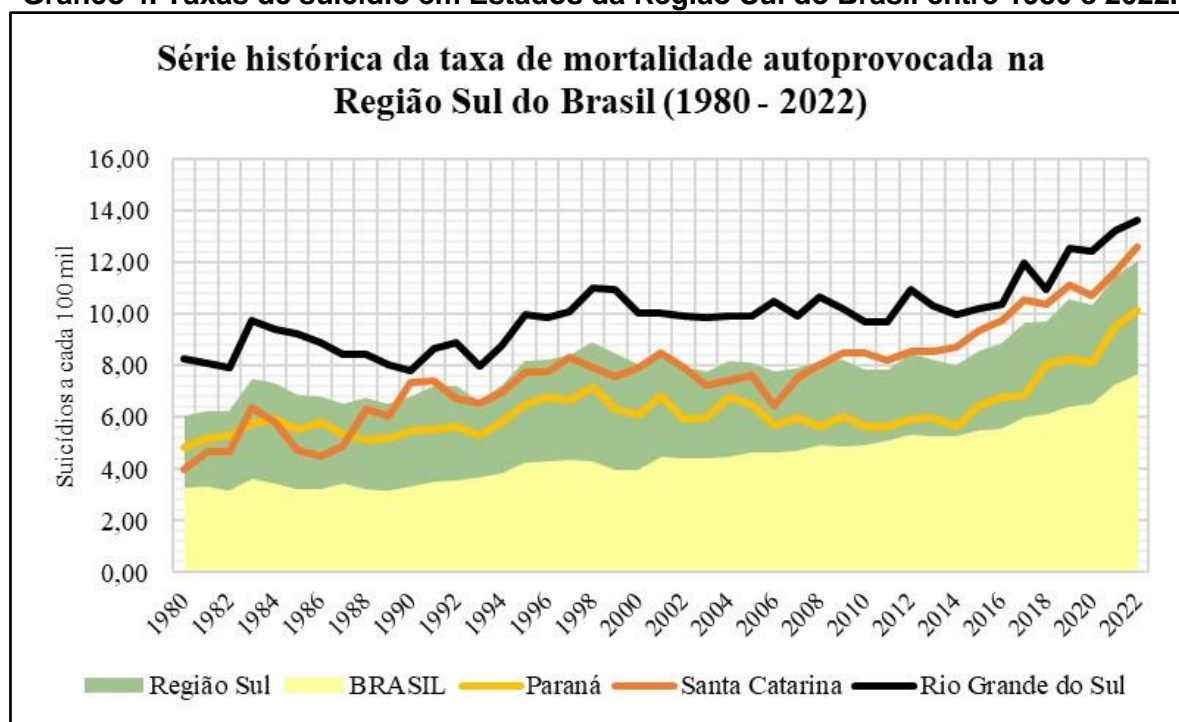
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DataSUS (2024). Organizado pelo autor.

Nota-se que as faixa etárias com maior incidência de suicídios variam, sendo a maior delas a de jovens entre 25 e 34 anos, considerando a escala nacional. Apenas no Rio Grande do Sul esta relação é diferente, sendo a população com maior taxa de mortalidade os idosos acima de 65 anos. Nos estados da Bahia, Minas Gerais, São Paulo e Paraná, as maiores taxas de suicídio estão na faixa etária de 35 a 44 anos. Curiosamente, o estado gaúcho possui

as maiores taxas de mortalidade em todas as faixas etárias e uma taxa média de 14,59/100 mil – em valores ajustados às populações com registros de suicídio no SIM/DataSUS, ou seja, excluindo as populações menores de cinco anos e os casos com faixa etária ignorada.

Diante dos dados é evidente que o território gaúcho possui a maior taxa de suicídios do país em todos os ciclos de vida, registrando mais que o dobro da média nacional entre idosos com mais de 65 anos. Este fenômeno social ocorre há mais de 40 anos, demonstrando que o suicídio não é apenas um problema de saúde pública, mas um fenômeno socioterritorial. Por fim, apresenta-se o Gráfico 4, que compara as taxas de suicídio no Brasil e nos estados com maior incidência do agravo (todos na Região Sul do país), entre 1980 e 2022, demonstrando o movimento do fenômeno no tempo.

Gráfico 4. Taxas de suicídio em Estados da Região Sul do Brasil entre 1980 e 2022.



Fonte: SIM/DataSUS (2024) – Períodos: 1980-1995 (CID9); 1996-2022 (CID10).

Este tipo de análise necessita de ressalvas, considerando que ao longo de 40 anos, houve mudanças na nomenclatura, registro, tabulação e no próprio reconhecimento do suicídio como objeto de notificação. Apesar disso, é possível afirmar que o território gaúcho registra a maior mortalidade autoprovocada do país há mais de quatro décadas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com isso, conclui-se a análise dos dados evidenciando que em territórios que possuem um movimento de reflexão sobre o suicídio como um problema local e/ou regional, é comum que sejam enfatizadas as categorias epidemiológicas do fenômeno, o que tende a fortalecer as narrativas ligadas à noção de “fatores de risco” e “fatores de proteção”. A referência a este tipo de racionalidade é verificada empiricamente nos espaços de discussão do tema, como fóruns e seminários sobre saúde mental, e nos discursos analisados de atores sociais ligados à problemática (Stavizki Junior, 2025). Entende-se que existe um discurso hegemônico em relação à forma de agir sobre a ideação suicida e outro que orienta as estratégias de prevenção, considerada como “tarefa”, embutida em um agir estratégico e raramente conectado às determinações do território.

Muitas vezes, a defesa acirrada da pureza de uma disciplina esconde dificuldades dos pesquisadores em dialogar pessoal e teoricamente. Ou seja, as barreiras não são só do nível racional, elas impregnam o nicho seguro que a visão disciplinar oferece. (Minayo *et al.*, 2003, p. 105).

Neste sentido, considera-se insolúvel analisar o contexto social, cultural, histórico ou político de um território na relação com o suicídio, visando exclusivamente sua interdição, sem analisar, prioritariamente, sua singularidade como crítica ao sistema que organiza o próprio território. Entre outras razões, a análise abstrata dos determinantes territoriais e a falta de instrumentalização no uso destas informações na produção de respostas à ideação suicida, fortalecem um agir instrumental sobre o fenômeno. Em outras palavras, a prevenção do suicídio se utiliza de um discurso multifacetário para explicar o fenômeno, ao tempo em que, contraditoriamente, mobiliza estratégias padronizadas para os territórios e regiões.

Por fim, ressalta-se a necessidade de analisar a incidência de suicídios como um indicador de mal-estar social, capaz de fomentar uma crítica às estruturas de normas sociais em cada época. A racionalidade epidemiológica, por mais eficiente que seja para a construção de cenários, é um recorte abstrato e que não possui sentido como crítica social. Para isso, a análise dos dados de saúde deve ser mediada por uma análise do contexto social, considerando as particularidades de cada território e a conjuntura. Ademais, buscou-se demonstrar que existe uma tendência de crescimento da mortalidade em todas as escalas do território, apontando para a relevância da temática como objeto de pesquisa e intervenção, sendo o campo do Desenvolvimento Regional uma das áreas capazes de contribuir na busca por soluções a este que é um dos problemas públicos mais impactantes do Estado do Rio Grande do Sul.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-243, jun. 2011.
- BERTOLETE, José Manoel. *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: UNESP; 2012, 144p.
- BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez., 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 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.
- CASSORLA, Roosevelt M. S. *Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução*. Editora Blucher, 2017.
- DURKHEIM, Émile. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- ETGES, Virginia Elisabeta. A região no contexto da globalização: o caso do Vale do Rio Pardo. In: VOGT, Olgário e SILVEIRA, Rogério. *Vale do Rio Pardo: (re)conhecendo a região*. Santa Cruz do Sul: Edunisc. 2001.
- 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.
- FONSECA, Paulo Henrique Nogueira da; SILVA, Aline Conceição; ARAÚJO, Leandro Martins Costa de; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 70, n. 3, p. 246-258, 2018.
- MACHADO, Daiane Borges; SANTOS, Darci Neves dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. Rio de Janeiro: *J. bras. psiquiatr.*, v. 64, n. 1, p. 45-54, mar. 2015.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 97-107, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 1751-1762, 2015.
- 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) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros*. Departamento de saúde mental e abuso de substâncias. Genebra: OMS; 2006.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Pandemia de COVID-19 aumenta fatores de risco para suicídio. [internet]. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-92020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores-risco-para-suicidio>. Acesso em: 15 abr. 2025.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio 2022-2025. Publicado em setembro de 2022. Porto Alegre, 2022.

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 12 abr. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Decreto nº 53.361, de 22 de dezembro de 2016. Institui Comitê de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio. Diário Oficial do Estado, Porto Alegre, n. 244, 23 dez. 2016.

STAVIZKI JUNIOR, Carlos. *Repertórios de ação coletiva e políticas públicas: uma análise a partir da construção da política de prevenção do 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. *Sufrimento Social e Racionalidade Neoliberal: contextos, instituições e atores das políticas de prevenção do suicídio no Estado do Rio Grande do Sul - Brasil*. 2025. 217f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional). UNISC. Santa Cruz do Sul. 2025.

VARES, Sidnei Ferreira de. The problem of suicide in Émile Durkheim. *Revista do Instituto de Ciências Humanas*, v. 13, n. 18, 2017.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 175-187, 2013.