

## **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**

*The risks of increased suicide cases in the context of a Pandemic: perspectives for prevention in the State of Rio Grande do Sul – Brazil*

**Carlos Stavizki Junior**

Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

ORCID <http://orcid.org/0000-0003-3358-3380>

### **Resumo**

Neste artigo analisa-se a questão do suicídio no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul, destacando quais os efeitos que a pandemia de SARS-CoV-2 traz para a discussão e prevenção desta problemática no contexto atual. Estima-se que o aumento do desemprego e a precarização das relações de trabalho, somados a políticas econômicas neoliberais, influenciem no aumento de casos de suicídio no país. A partir da revisão bibliográfica sobre a relação de dados socioeconômicos, culturais e regionais nos índices de suicídio, apresenta-se considerações e perspectivas capazes de auxiliar na prevenção dos casos. Conclui-se que as políticas de redistribuição de renda, aliadas a ampliação e fortalecimento das políticas de saúde mental, tendem a prevenir o aumento de mortes autoprovocadas no território.

**Palavras-chave:** Suicídio; Pandemia; Crise socioeconômica.

### **Abstract**

This article analyses the issue of suicide in Brazil and in the state of Rio Grande do Sul, highlighting the effects that the SARS-CoV-2 pandemic brings to the discussion and prevention of this problem in the current context. It is estimated that the increase in unemployment and the precariousness of labor relations, together with neoliberal economic policies, influence the increase of suicide cases in the country. Based on the bibliographic review of the relationship of socioeconomic, cultural, and regional data on suicide rates, we present considerations and perspectives capable of helping in the prevention of cases. It is concluded that the policies of income redistribution, combined with the expansion and strengthening of mental health policies, tend to prevent the increase of self-promoted deaths in the territory.

**Keywords:** Suicide; Pandemic; Socio-economic crisis.

## Introdução

A maior crise sanitária, econômica, social e política do século XXI, causada pela pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19), evidenciou as contradições e desigualdades de nossa sociedade e expôs as fragilidades do sistema capitalista em proteger a vida humana. Além das milhares de mortes causadas pela doença, que ultrapassou a marca de 500 mil nos primeiros seis meses de pandemia e dos mais de 10 milhões de casos confirmados no mundo todo (JHU, 2020), esta crise agrava os problemas existentes na sociedade.

Neste estudo, apresenta-se uma discussão sobre a problemática do suicídio frente ao cenário atual, com o objetivo de ampliar a discussão sobre este fenômeno e expor perspectivas para sua prevenção. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o suicídio está entre as dez principais causas de morte no planeta e a segunda entre jovens de 15 a 29 anos, com estimativas que chegam a mais de 800.000 mortes por suicídio, todos os anos (OMS, 2018). Apesar destes índices, a morte por suicídio segue como um tabu para a maioria das pessoas e uma lacuna no papel protetivo do Estado, que se exime do compromisso de intervir nesta problemática.

Diante do contexto que a pandemia impõe aos governos e a toda população, é necessário que este tema encontre espaço para discussão, especialmente por se tratar de um fenômeno ligado às condições sanitárias e econômicas dos territórios. Ainda que este assunto esteja mais vinculado às ciências da saúde, especialmente às áreas de psiquiatria e psicologia, estudos recentes evidenciam a relevância das ciências sociais e humanas na elaboração de respostas sobre o aumento de casos de suicídio. No entanto, a ideia de “prevenção ao suicídio” é, ainda, um tema incipiente no meio acadêmico e político do Brasil.

Este artigo utiliza a revisão bibliográfica e a análise de dados empíricos para tecer críticas à forma com que o suicídio é abordado dentro da academia, trazendo observações sobre a centralidade do tema entre as ciências da saúde, em detrimento de análises socioeconômicas, culturais e regionais. Além da introdução, o texto está dividido em três partes, sendo a primeira referente à discussão sobre a problemática do suicídio na contemporaneidade, com ênfase para estudos que trazem o contexto da desigualdade social para o debate. Na segunda parte, analisa-se os índices de suicídio no Brasil, com destaque para os dados do estado do Rio Grande do Sul e as condições socioeconômicas que influenciam na incidência dos casos no contexto de pandemia. Por fim, apresentam-se as considerações finais, relacionando a problemática do suicídio com o contexto atual e perspectivas do autor sobre as formas de prevenção a serem adotadas no período pós-pandemia.

## **A problemática do suicídio na contemporaneidade**

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ligada à OMS, apenas 38 países possuem estratégias de prevenção ao suicídio. Ademais, dentre os 194 países com representação na OMS, apenas 60 possuem dados confiáveis sobre os índices de mortalidade e de tentativas de suicídio em seus territórios e o Brasil é um destes países (OPAS, 2019). Através do Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado brasileiro instituiu, em todo o território nacional, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/DATASUS), que serve para registro das mortes e suas causas, sendo de preenchimento obrigatório pelas instituições de saúde. Desde 2008, o SIM/DATASUS traz o indicador “lesão autoprovocada voluntariamente”, referente às mortes por suicídio. Através deste sistema, é possível identificar a faixa etária, sexo, cor/raça, escolaridade, estado civil, local de moradia, entre outras características socioeconômicas das vítimas, o que auxilia na compreensão do problema e planejamento de ações de prevenção. Por meio deste sistema, é possível acompanhar os índices de mortalidade do país e constatar que a taxa de suicídios vem crescendo exponencialmente nas últimas décadas (DATASUS, 2019).

Lovisi et al. (2009), ao analisarem os dados epidemiológicos de suicídio no Brasil, entre 1980 e 2006, constataram um aumento de 21% na taxa de suicídios, entre 1980 e 2000, saltando de uma média de 3,1 para 4,0 mortes por 100 mil habitantes (LOVISI et. al., 2009, p. 587). Pinto et. al. (2017), ao realizarem uma análise similar, porém observando o período de 2004 a 2014, demonstraram que as taxas de suicídios mantiveram uma tendência de crescimento em todas as regiões brasileiras, saltando de 4,6/100 mil em 2004 para 5,7/100 mil em 2014 (PINTO et. al., 2017, p. 205). Em 2018, o país teve um crescimento de 7% na taxa de mortalidade, chegando à média de 6,5 suicídios para cada 100 mil habitantes - confirmando o crescimento do agravo no território brasileiro (OPAS, 2019).

Estes dados sinalizam para a emergência do tema no Brasil e para a necessidade de soluções conectadas com o contexto social do país e com as capacidades do Estado em intervir nesta problemática. Apesar dos avanços na qualificação das informações de mortalidade, que permitem reconhecer o problema e identificar características peculiares sobre as vítimas e seus locais de moradia, o Estado não foi capaz de transformar estas informações em estratégias de proteção. Até o momento, o Brasil não possui um plano de prevenção ao suicídio abrangente, estando este trabalho limitado às iniciativas de governos estaduais e/ou municipais.

Outra questão que prejudica o trabalho de prevenção ao suicídio no Brasil é a centralidade da perspectiva biomédica sobre o problema e sua influência na elaboração de estratégias preventivas. Esta relação centralizada na ótica da medicina – em especial a psiquiatria – sobre a questão do suicídio, condiciona um fenômeno social às características individuais das vítimas, alegando a necessidade de identificação dos “fatores de risco”, de forma pragmática e técnica (MENEGHEL et. al., 2004, p. 805). É

fato que as pesquisas que identificam sintomas e fatores de risco ligados ao suicídio são de suma importância para compreensão e tratamento das doenças mentais ligadas ao problema. Contudo, enfatizar uma única abordagem, em detrimento de outras, capazes de auxiliar na prevenção ao suicídio, é uma limitação que precisa ser superada, tanto no âmbito da ação do Estado quanto da própria produção científica sobre o tema. Pois, assim como apontado por Meneghel et. al., as pesquisas que embasam a prevenção ao suicídio “não têm sido capazes de reverter a tendência de aumento do suicídio observadas em vários países” (MENEGHEL, 2004, p. 805).

Feito esta ressalva, é possível analisar a origem dos argumentos utilizados para elaboração de medidas de prevenção ao suicídio no Brasil, os quais são referendados pelas principais organizações nacionais e internacionais ligadas ao tema, a exemplo da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação de Suicidologia da América Latina e Caribe (ASULAC) e da própria Organização Mundial da Saúde (OMS). Estas organizações baseiam suas estratégias de prevenção no tratamento e acompanhamento de pacientes com diagnósticos psiquiátricos relacionados ao risco de suicídio. Os estudos quantitativos que sustentam esta abordagem indicam a prevalência do pensamento suicida em pacientes diagnosticados com distúrbios ou transtornos mentais, tais como: depressão, ansiedade, uso abusivo de álcool e outras drogas, esquizofrenia, entre outros (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002; BERTOLOTE, 2004; BOTEGA et. al., 2010; BANDO; BARROZO, 2010; OMS, 2018). Alguns destes autores, afirmam que o monitoramento e tratamento de pessoas com transtornos mentais graves é capaz de reduzir em até 90% o número de suicídios de uma região (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002; BOTEGA et. al., 2010).

No entanto, a análise técnica sobre sintomas, diagnóstico e fatores de risco, exclui o caráter social que envolve a problemática do suicídio e transfere para o indivíduo, familiares e profissionais de saúde, a responsabilidade sobre a diminuição das taxas de suicídio de um município, estado ou país. O pragmatismo desta forma de ver a morte autoprovocada diminui a participação da sociedade no debate, transferindo-o, quase que exclusivamente, para setores ligados à saúde mental, o que reforça a ideia de “tabu”, que perdura até hoje. Além disso, considerar o tratamento psiquiátrico e psicológico como principal forma de prevenção ao suicídio tende a fortalecer discursos ligados à medicalização dos indivíduos, internações hospitalares, isolamento social, entre outras medidas controversas no próprio campo da saúde mental e coletiva.

Entende-se que o suicídio é um fenômeno multidimensional e sua incidência está relacionada com aspectos sanitários, sociais, econômicos, culturais e históricos do território. A complexidade deste problema, que pode ser visto como a expressão máxima do sofrimento humano, está atrelada às contradições do contexto social e econômico criado pelo sistema capitalista, que através da desigualdade social, agrava os riscos de suicídio da população.

Loureiro, Mendonça e Sachside (2010), no estudo sobre os determinantes econômicos do suicídio no Brasil, publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 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). Apesar da renda não demonstrar uma relação causal com os casos de suicídio no Brasil, a desigualdade é amplamente divulgada como um fator de risco para o suicídio no país e no mundo (CHEN et. al., 2007; GONÇALVES et. al., 2011; FRAGA; MASSUQUETTI; GODOY, 2016; AMARAL, 2019). No Brasil, a desigualdade social é entendida como um problema histórico, o qual possui sua origem na própria formação do Estado e nas relações de poder constituídas entre os governos e a classe trabalhadora (GODINHO, 2011).

A relação entre as condições socioeconômicas dos territórios e os índices de suicídio são evidenciadas pela ciência desde o final do século XIX, apesar de perder espaço, especialmente nas últimas décadas, para teorias que enfatizam características privadas dos indivíduos e análises tecnicistas sobre sintomas e tratamentos. A primeira grande pesquisa relacionada ao suicídio foi publicada pelo filósofo e sociólogo francês, Emile Durkheim (1858-1917), no livro intitulado “*Le suicide*”, de 1897, onde o autor apresenta um estudo sociológico sobre o fenômeno do suicídio, de forma a contrapor as teorias da época, que associavam as variações no número de suicídios aos fatores psicológicos, biológicos e genéticos da população. Durkheim afirma que as determinações sociais estabelecidas pela sociedade são tão ou mais influentes do que as características particulares de cada indivíduo. Suas conclusões, sustentadas por dados quantitativos da época, demonstram que o suicídio é um “fato social”, o qual possui padrões observáveis, dentro de um recorte temporal e territorial. Analisa ainda quais as relações que exercem influência sobre o índice de suicídios na sociedade, criando uma espécie de “perfil” de pessoas com maior possibilidade de cometerem suicídio, segundo suas características socioculturais. 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, seria 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 (DURKHEIM [1897], 2000).

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.). Seu trabalho traz questões de suma importância para a compreensão do fenômeno, inclusive ao identificar populações com maior ou menor risco de cometerem suicídio, segundo o contexto social em que estão

inseridas (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. Para essa variável, **Rodríguez (2006)** encontrou sinal positivo e significativo para ambos os sexos. **Chen et al. (2007)** confirmaram essa hipótese apenas para o sexo masculino. Para **Gunnell et al. (1999)**, **Chuang e Huang (1996)** e **Minoiu e Andrés (2006)**, o divórcio aumenta o risco de suicídio. No entanto, para **Koo e Cox (2006)** e **Andrés (2005)**, essa relação positiva apenas se confirma para o sexo masculino. (GONÇALVES et. al., 2011, p. 290, grifo nosso).

Gonçalves et. al. (2011), apresenta 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.

Um dos conceitos teóricos de Durkheim sobre o suicídio – e especialmente relevante para o contexto de pandemia atual – está relacionado com a ideia de “contágio” do ato suicida. O contágio, segundo a teoria durkheimiana, diz que o suicídio possui um efeito de influência em relação ao espaço geográfico e distância entre as vítimas. Ou, nas palavras do próprio autor:

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 incidência já foi confirmada empiricamente. Cutler, Glaeser e Norberg (2001), ao analisarem o aumento de suicídio entre jovens americanos, constaram que o suicídio por contágio é mais frequente entre adolescentes que vivenciaram experiências

similares, como o suicídio de um familiar próximo. Ainda neste estudo, verificou-se que as tentativas de suicídio entre jovens também possuem um efeito contágio e que a cultura afeta as taxas de mortalidade (CUTLER; GLAESER; NORBERG, 2001, p. 265).

No Brasil, o efeito contágio, ligado a proximidade geográfica das mortes, é observado em diferentes pesquisas, a maioria publicada nos últimos dez anos. Amaral (2019), ao utilizar 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 diferentes 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, os autores afirmam que “a hipótese de ‘efeito contágio’ espacial pode ser confirmada a partir da amostra de microrregiões geográficas brasileiras” (GONÇALVES; GONÇALVES, OLIVEIRA JÚNIOR, 2011, p. 311). Apesar da argumentação empírica trazida por estas pesquisas, os autores são unânimes ao afirmarem que o “efeito contágio” só ocorre em relação a outros indicadores espaciais, como índice de desigualdade ou cultura local.

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 às questões espaciais, mas principalmente ao comportamento humano e sua influência sobre indivíduos que vivenciam o mesmo contexto social.

Cabe ainda destacar um último elemento sobre a obra de Durkheim, que se refere aos diferentes tipos de suicídio categorizados como: “egoísta”, “altruísta” e “anômico” - cada um indicando a relação do indivíduo com o meio social. O primeiro – egoísta – se refere ao suicídio mais frequente na sociedade moderna, onde o sujeito distancia-se de tal forma das relações sociais que não consegue mais se integrar ao grupo (família, amigos, comunidade), ampliando a sensação de isolamento social e consequentemente os fatores de risco para o suicídio. O segundo – altruísta – é o inverso do egoísta, pois indica uma relação tão forte com o grupo, que o sujeito coloca a sua própria vida à disposição dos interesses coletivos. Este tipo de suicídio está relacionado à força que o coletivo exerce sobre o indivíduo, sendo usualmente associado a causas ideológicas. O último – o suicídio anômico – está relacionado a mudanças abruptas nas relações sociais ou no contexto do indivíduo. A morte de um ente querido, a perda do emprego e renda ou o divórcio são alguns exemplos de situações causais que influenciam nas taxas de suicídio. Além disso, este tipo de morte foi verificado por

Durkheim em períodos de crise econômica, desastres naturais e em grupos que vivenciaram processos de modernização produtiva (DURKHEIM, 2000; PALACIO, 2010).

O estudo sobre o suicídio anômico é especialmente relevante no contexto de crise sanitária e econômica causado pela pandemia de COVID-19, pois afeta diretamente nas relações de emprego e renda da população e nas expectativas de futuro dos indivíduos e famílias. Além disso, a falta de planejamento de alguns governos frente a crise (o que inclui o Brasil), ampliam a sensação de incertezas da população e aumentam significativamente os níveis de vulnerabilidade social da população mais pobre (HUSTAIN et. al., 2020, p. 11).

No entanto, apesar da 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 ligadas à saúde mental estão produzindo conclusões que relacionam as mortes voluntárias a fatores de risco “diagnosticáveis” e conseqüentemente, produzindo propostas preventivas voltadas ao tratamento destes diagnósticos. Bertolote e Fleischmann (2002), que realizaram uma revisão bibliográfica de pesquisas padronizadas sobre sintomas psiquiátricos em pacientes que cometeram suicídio, afirmam haver uma relação direta entre suicídio e o histórico de doença mental das vítimas. Os resultados obtidos em seu estudo influenciaram fortemente os parâmetros e bases de pesquisa para casos de suicídio no mundo, sendo referendado pelas principais organizações mundiais. Os autores destacam que os distúrbios mais frequentes em pacientes que cometeram suicídio são: Consumo de álcool e drogas ilícitas; Transtornos de humor; Esquizofrenia; e Ansiedade (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002, p. 184). 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 (BOTEGA et. al., 2010).

Entretanto, é necessário ressaltar que as amostras utilizadas para este estudo foram coletadas, majoritariamente, de países como: Dinamarca, Reino Unido e Estados Unidos, não havendo referência de casos ocorridos na América Latina, África ou Ásia (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002, p. 184). Outra questão a ser considerada é a falta de contextualização destes casos, principalmente em relação aos períodos e locais de ocorrência das mortes – informações determinantes para compreender a relação destes diagnósticos com a realidade vivenciada pelas vítimas. Ainda que não haja tais considerações no estudo, Bertolote e Fleischmann (2002) afirmam que as mortes por suicídio podem ser evitadas, desde que haja a oferta de tratamento especializado aos pacientes classificados com fatores de risco. Até hoje, as descobertas desta pesquisa servem de referência para o enfrentamento do suicídio no mundo, tendo uma influência direta nas políticas públicas de saúde mental brasileiras. As conclusões dos autores foram incorporadas nas orientações de prevenção ao suicídio da OMS e seguem como base teórica para pesquisas da área (OMS, 2018).



Werlang e Botega (2004), no livro intitulado “Comportamento Suicida”, apresentam pesquisas nacionais que discutem os aspectos psicológicos, psiquiátricos e epidemiológicos do suicídio no Brasil. Para os autores, o tratamento e monitoramento de pacientes diagnosticados com fatores de risco é a estratégia mais adequada para diminuição das taxas de mortalidade por suicídio no país. Uma das sugestões de monitoramento destes indivíduos, apresentada no livro, é a realização do contato telefônico periódico aos pacientes que tentaram o suicídio recentemente ou que possuam fatores de risco associados à ideação suicida. A ideia dos telefonemas propõe a ressignificação do ato suicida e manutenção da relação de cuidado entre paciente e cuidador, até que seja possível o atendimento por uma equipe especializada (WERLANG; BOTEGA, 2004).

Botega et. al. (2010), ao analisarem a eficácia dos telefonemas na diminuição de casos de suicídio, constataram que o acompanhamento telefônico para pacientes socorridos após tentativa de suicídio diminuiu a taxa de mortalidade. O estudo foi realizado na cidade de Campinas/SP, durante 18 meses, como parte de um estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida, promovido pela OMS, realizado em oito países. Para este estudo, foram verificados os efeitos dos telefonemas em dois grupos distintos de paciente que tentaram suicídio. Ao fim do estudo, verificou-se que “a porcentagem de suicídios no grupo que não recebeu os telefonemas periódicos foi, comparativamente, dez vezes maior” (BOTEGA et. al., 2010, p. 233).

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 à 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.

Entende-se que o suicídio é uma questão de saúde pública, mas também é uma questão sociológica, pois evidencia as contradições e desigualdades da sociedade capitalista. Ademais, este tema poderia ser discutido na óptica de outras vertentes filosóficas, como a religiosidade ou a cultura, por exemplo. Para cada uma, encontra-se teorias diferentes sobre o mesmo problema e formas distintas de enfrentar ou, pelo menos, amenizar o impacto do suicídio em nossa sociedade.

## **O suicídio no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul: fatores de risco da população**

Uma das principais formas de enfrentamento ao suicídio em um território é o investimento de recursos públicos em serviços de saúde mental e/ou políticas que promovam o cuidado e a valorização da vida. Entretanto, 79% dos casos de suicídios do planeta ocorrem em países de baixa ou média renda (OPAS, 2019), sinalizando um obstáculo na implementação de políticas consistentes, as quais necessitam de investimentos diretos do Estado. No relatório anual da OMS<sup>1</sup>, sobre investimentos públicos em serviços de saúde mental, verifica-se que o Brasil investe cerca de U\$ 1,13 (um dólar e treze centavos) por habitante, anualmente, em serviços públicos de saúde mental<sup>2</sup>, segundo dados de 2018. Em comparação ao mesmo período, o governo dos Estados Unidos investiu, por habitante, cerca de U\$ 343,83, o equivalente a 300 vezes mais que o investimento brasileiro. Países como Alemanha, França e Reino Unido investem ainda mais em saúde mental. Contudo, para que se possa fazer uma relação adequada entre investimentos públicos e taxas de suicídio, é necessário considerar outros indicadores, como os índices de desigualdade e renda da população, condições de moradia, acesso a lazer e alimentação adequada, entre outros. Cada um destes indicadores influencia na incidência de suicídios de um território ou país, bem como na capacidade de investimento do Estado. Além disso, os países possuem estruturas de assistência à saúde distintas, o que impede uma comparação relativa entre investimento público e taxas de mortalidade.

No entanto, países com capacidade de investimento menor que o Brasil, apresentam níveis de investimentos maiores em saúde mental, inclusive na América do Sul. O Suriname, por exemplo, investe, anualmente, cerca de U\$ 7,00 (sete dólares) em saúde mental pública, por ano e por habitante; países como o Peru, Paraguai e Equador, investem cerca de U\$ 2,00 (dois dólares), na mesma relação (MENTAL HEALTH ATLAS, 2017). Desde o ano de 2005, quando a OMS passou a monitorar os recursos financeiros dedicados à saúde mental de seus países membros, o investimento médio do Estado brasileiro, oscilou na margem de U\$ 1,00 (um dólar) por pessoa e por ano, sinalizando para a falta de atenção dos governos às demandas de saúde mental – tão importantes para a qualidade de vida da população. Além disso, a falta de investimento se traduz na precarização dos serviços de saúde mental do país.

É necessário destacar que as demandas em saúde mental se referem a um conjunto de necessidades humanas, emergenciais ou contínuas, ligadas a doenças mentais, tratamentos hospitalares, clínicos e terapêuticos, situações diversas que

---

<sup>1</sup> A OMS publica periodicamente, em suas plataformas digitais, de livre acesso, relatórios gerais de mortes por suicídio em todo o mundo, além de informações pertinentes sobre investimentos, estratégias de prevenção e metas internacionais. Os relatórios mencionados estão disponíveis em: <[www.who.int/mental\\_health/](http://www.who.int/mental_health/)>.

<sup>2</sup> Valor calculado pela média de investimento dividido pela população, nos anos de 2016 e 2017, e convertido pela cotação atual da moeda americana (U\$ 1,00 = R\$ 5,21).

influenciam na autonomia do indivíduo, além de uma série de outros problemas que necessitam de atenção e acompanhamento profissional. Dentro do escopo de saúde mental, estão algumas das doenças mais incapacitantes do mundo, a exemplo da depressão, ansiedade e síndrome do pânico. Segundo Razzouk (2016), a depressão é a terceira principal causa de afastamento do trabalho no Brasil (RAZZOUK, 2016, p. 846). A autora explicita que o país investe pouco em políticas de saúde mental e que a falta de investimento público está causando um colapso nos serviços e equipamentos desta política, e conseqüentemente, na qualidade de vida da população. Afirma ainda que “os custos com o tratamento da depressão são inferiores aos custos sociais e econômicos por ela gerados” (RAZZOUK, 2016, p. 847), criando um efeito negativo duplo, que afeta tanto a saúde dos indivíduos quanto a economia do país.

Estas considerações sobre a destinação de recursos para a política de saúde mental são necessárias, pois demonstram, na prática, o real desafio de se construir políticas públicas no Brasil, especialmente ligadas às demandas de saúde mental. Entende-se que a escassez de recursos nesta área prejudica a própria sustentabilidade da política e dificulta a ampliação das redes de atenção e cuidado necessárias para a prevenção ao suicídio. Além disso, não existe no país uma política pública específica para o enfrentamento dos casos de suicídio, tampouco um plano de prevenção para períodos de crise, como o atual. As medidas de prevenção ao suicídio estão atreladas aos protocolos da Política Nacional de Saúde Mental (Lei nº 10.216, de 2001), que sofrem com a mesma defasagem orçamentária mencionada anteriormente.

Destaca-se, contudo, que a taxa de mortes autoprovocadas do Brasil é considerada baixa, em comparação à média mundial – 6,5 suicídios para cada 100 mil habitante, o que representa um número superior à 12.500 mortes por ano (SIM/DATASUS, 2020). Contudo, para uma real compreensão do fenômeno do suicídio no território, é necessário observar os dados em escalas regionais, que considerem e expressem as características locais do fenômeno, permitindo análises sobre a “regionalização do suicídio”. A questão da regionalização é necessária para analisar as diferentes taxas de mortalidade dos estados e regiões brasileiras, considerando as diferenças sociais, econômicas, culturais e espaciais do território. Pesquisas recentes comprovam que as mortes por suicídio no Brasil diferem significativamente entre as regiões, estados e municípios (GONÇALVES et. al., 2011; FRAGA et. al., 2016; ARAÚJO, 2020).

No Brasil, as taxas de suicídio são maiores na região sul e centro-oeste, com destaque para os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, que apresentam taxas de mortalidade muito superiores à média nacional. Destacam-se ainda os municípios de pequeno e médio porte destes estados, responsáveis pelas maiores taxas de suicídio do país, algumas chegando à marca de 30 suicídios a cada 100 mil habitantes. Além disso, as diferenças regionais expressam-se nos diferentes grupos sociais que compõem o território, alguns com maior coeficiente de mortes por suicídio,

como idosos, indígenas, homens e, na última década, os adolescentes (MINAYO, 2007; BOTEGA, 2014; OMS, 2018).

Para este artigo, optou-se em utilizar os dados referentes ao estado do Rio Grande do Sul como recorte empírico, considerando que o estado apresenta as maiores taxas de suicídio do país nos últimos 20 anos. Na última década, o estado manteve uma taxa média de 11 suicídios a cada 100 mil habitantes, o que representa quase o dobro da média nacional, no mesmo período (CEVS, 2018, p. 2). Além das mortes, o estado possui um alto índice de tentativas de suicídio – a maioria relacionado à intoxicação exógena por agrotóxicos ou automutilação, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>3</sup>. A tabela a seguir apresenta as taxas de mortalidade e de lesões autoprovocadas nas diferentes regiões de saúde do estado, segundo levantamento oficial da Secretaria Estadual de Saúde.

**Tabela 1. Taxas de suicídio e tentativas de suicídio (TS) total por 100 mil habitantes, referentes as Regiões de Saúde do estado do Rio Grande do Sul no ano de 2018**

| Região de Saúde        | Tx. suicídio | Tx. TS      | Região de Saúde        | Tx. suicídio | Tx. TS |
|------------------------|--------------|-------------|------------------------|--------------|--------|
| Alto Uruguai Gaúcho    | 14,2         | 37,3        | Verdes Campos          | 13           | 69,7   |
| Planalto               | 16,5         | 132,3       | Entre Rios             | 9,4          | 66,6   |
| Araucárias             | 10,4         | 102,4       | Fronteira Oeste        | 11,1         | 73,9   |
| Botucaráí              | 10,8         | 127,8       | Belas Praias           | 15,9         | 91,2   |
| Rota da Produção       | 14,9         | 51,5        | Bons Ventos            | 9,9          | 40,3   |
| Sul                    | 13,6         | 64          | V.Paranhana/C. Serra   | 9,2          | 63     |
| Pampa                  | 8,4          | 35,2        | Vale dos Sinos         | 7,2          | 49,5   |
| Caxias e Hortênsias    | 10           | 31          | Vale Caí/Metropolitana | 8,9          | 85,2   |
| Campos de Cima Serra   | 12           | 79,4        | Carbonífera/Costa Doce | 10,6         | 72,4   |
| Vinhedos e Basalto     | 10,9         | 128,2       | Capital/Vale Gravataí  | 6,7          | 70,6   |
| Uva Vale               | 14,3         | 68,3        | Sete Povos Missões     | 13,3         | 35,9   |
| Jacuí Centro           | 12,5         | 176,7       | Portal das Missões     | 8,3          | 86,2   |
| Vale do Rio Pardo      | 19,6         | 127,4       | Diversidade            | 10,7         | 79     |
| Vales e Montanhas      | 18,1         | 200,5       | Fronteira Noroeste     | 17,2         | 92,4   |
| Vale da Luz            | 14,3         | 115,6       | Caminho das Águas      | 17,7         | 43,4   |
| <b>Total do estado</b> | <b>10,9</b>  | <b>76,6</b> |                        |              |        |

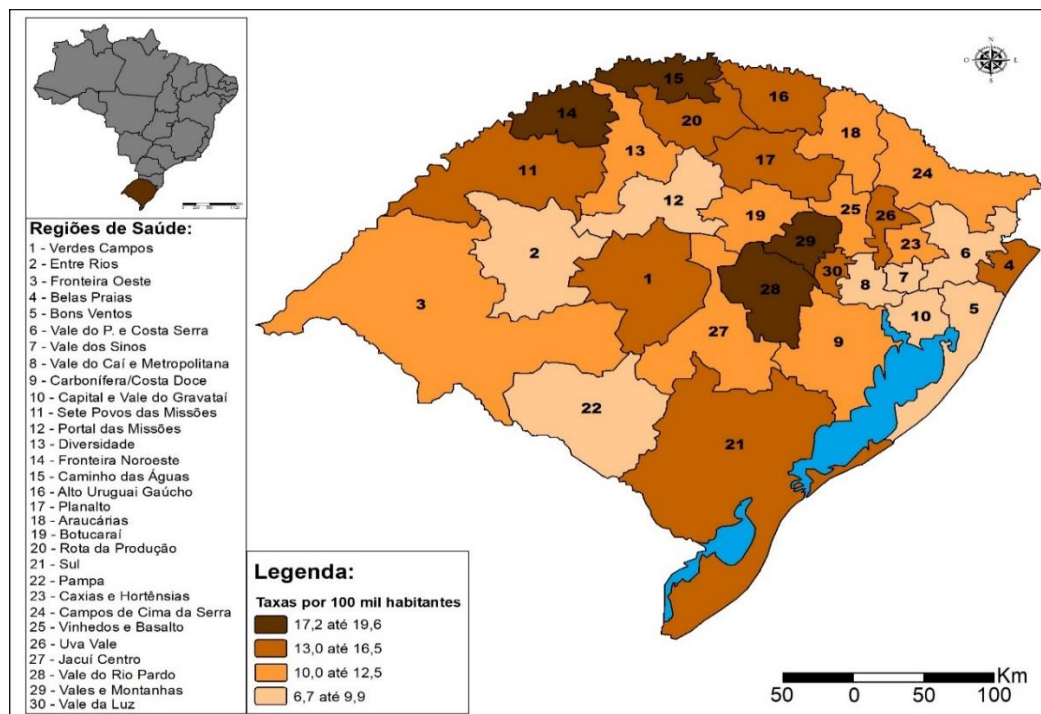
Fonte: SINAN/SIM-DATASUS, 2018.

Nota-se que em 17, das 30 regiões de saúde do estado, o índice de óbitos por suicídio é superior à média estadual de 10,9/100 mil habitantes. Percebe-se ainda a alta

<sup>3</sup> "O SINAN é um formulário de preenchimento compulsório pelos profissionais de instituições de saúde, e contempla uma série de informações relativas a doenças e casos de violência. A utilização deste formulário auxilia na projeção de diagnósticos sobre doenças e agravos no território, fornecendo dados para o planejamento dos serviços de saúde e políticas públicas.

taxa de tentativas de suicídio em praticamente todas as regiões. A região do Vale do Rio Pardo possui a maior taxa de suicídios do estado, seguida pelas regiões Fronteira Noroeste, Caminho das Águas e Vales e Montanhas. No mapa a seguir é possível ver a representação cartográfica das regiões de saúde e suas respectivas taxas de suicídio.

**Mapa 1. Representação cartográfica das regiões de saúde do estado do Rio Grande do Sul e suas respectivas taxas de suicídio no ano de 2018.**



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base cartográfica do IBGE e dados do SIM/DATASUS, 2018.

O Mapa 1 demonstra a prevalência do suicídio no estado do Rio Grande do Sul em todas suas regiões e evidencia a maior incidência nas regiões do centro e norte do estado. Destaca-se ainda que a menor incidência de suicídio está na região metropolitana (Região 10) e regiões vizinhas, o que significa que o suicídio ocorre com maior frequência nas áreas interioranas e agrícolas do estado. Este fato coloca um desafio ainda maior às ações e políticas de prevenção, considerando o acesso a pesticidas e agrotóxicos – os produtos mais utilizados para tentativas de suicídio no país (PIRES; CALDAS; RECENA, 2005, p. 599).

Outro elemento que merece atenção é a relação entre a cultura gaúcha e o suicídio, sendo este um elemento empiricamente comprovado. Meneghel e Moura (2018), em estudo sobre a relação do suicídio, cultura e trabalho em povos de origem germânica no Rio Grande do Sul, evidenciam que certos traços culturais herdados de imigrantes e colonizadores alemães ligados à agricultura, se tornaram fatores de risco para o suicídio, frente ao avanço do capitalismo no meio rural.

Em algumas regiões do Rio Grande do Sul, colonizadas por imigrantes alemães, como o município de Santa Cruz do Sul, há uma combinação de condicionantes socioculturais, econômicos e psicológicos, que aumentam o risco de suicídio. Dentre eles, pode-se pensar na ética do trabalho herdada pelos imigrantes alemães que vivem na região; na subordinação à agroindústria fumageira transnacional; na sobrecarga exigida pelo trabalho familiar nas pequenas propriedades produtoras de fumo, e no temor da perda da terra frente à entrada do capitalismo no campo. (MENEGHEL; MOURA, 2018, p. 1137).

Ademais, a “ética do trabalho” trazida pela cultura alemã do século XIX, transfere exigências de produtividade, por vezes incompatíveis com as próprias capacidades dos agricultores ou da família, o que cria sentimentos de frustrações e um medo constante de falência ou perda da terra (MENEGHEL; MOURA, 2018, p. 1142). Para as autoras, o avanço do capitalismo no trabalho camponês criou um cenário de exploração desmedido e incoerente com a cultura e rotinas dos povos rurais. Afirmam ainda que “em culturas tradicionais, como a de agricultores de origem germânica, a ética do trabalho pressupõe que, quando eles não conseguem cumprir os compromissos firmados, podem atentar contra a própria vida” (MENEGHEL; MOURA, 2018, p. 1142). Assim, entende-se que o elemento cultural influencia na incidência de suicídios de um território de forma direta (através da relação dos sujeitos com a morte voluntária) ou indireta (tabu, negligência dos governos sobre o tema, criação de políticas de prevenção etc.).

Por fim, destaca-se a relação entre os índices de suicídio e as condições materiais de reprodução da vida da população de um território – questão central para compreender o aumento exponencial do suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul. Trata-se de uma problemática pouco explorada pela academia e pela própria Organização Mundial da Saúde. Apesar disso, estudos recentes demonstram que as políticas de redistribuição de renda possuem um potencial positivo para diminuição das taxas de mortes autoprovocadas (SCHNITMAN et al, 2010; GONÇALVES et. al., 2011). Inversamente, o aumento da desigualdade, associado à precarização das condições materiais de vida, tende a elevar os riscos de mortalidade por suicídio (FRAGA; MASSUQUETI; GODOY, 2016; AMARAL, 2019).

Amaral (2019), ao analisar os dados socioeconômicos de municípios do Rio Grande do Norte e sua relação com o suicídio, afirma que “a relação direta entre taxa de suicídio e desigualdade de renda mostra que a redução do suicídio pode ser um subproduto de políticas de redistribuição de renda” (AMARAL, 2019, p. 306). Em consonância a esta afirmação, Schnitman et. al (2010), que analisaram a relação entre suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras, afirmam que a situação econômica das famílias aparece como um indicador significativo de risco para o suicídio.

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, 2011, p. 49).

No contexto de pandemia atual, onde a maioria dos países vivencia a maior crise sanitária e econômica do século XXI, causada pela disseminação da COVID-19, a questão da desigualdade social ressurgue com força ao debate público. Os cenários socioeconômicos que se desenham para o futuro, preveem o aumento do desemprego, da pobreza e da fome, em diferentes regiões do planeta. Além do mais, o imensurável sofrimento causado pelas milhares de mortes da pandemia e as incertezas com o futuro, trazem novas e desafiadoras demandas para as políticas de saúde mental.

### **Considerações Finais**

Diante do contexto de pandemia da Covid-19, a qual já causou mais de 500 mil mortes ao redor do mundo e está em plena ascensão de casos e de mortes, sem previsão para o fim da crise sanitária instalada no planeta, o debate sobre o suicídio ressurgue como um agravante para os territórios. No Brasil, os índices de mortalidade por suicídio demonstravam uma tendência de crescimento e a chegada da pandemia traz novos elementos, capazes de influenciar no aumento de suicídio no país. Neste contexto, o debate sobre a prevenção ao suicídio mostra-se necessária para os territórios, com destaque para aqueles que apresentam índices elevados de mortalidade autoprovocada.

O estado do Rio Grande do Sul é especialmente afetado neste cenário, pois além de apresentar os maiores índices de suicídio do país, possui uma concentração maior de casos no meio rural. Além disso, o estado apresenta um crescimento exponencial dos casos de Covid-19, tendo mais de 30.000 casos da doença e cerca de 700 óbitos, até a conclusão deste artigo (SES/RS, <<http://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>>, acesso em: 05/07/2020).

A bibliografia apresentada neste trabalho, evidencia que além dos fatores de risco relacionados aos indivíduos (doenças mentais, uso de álcool e outras drogas etc.) existe uma relação direta entre o contexto socioeconômico e os casos de suicídio de um território. Em tese, o aumento da desigualdade social, a precarização das relações de trabalho, a diminuição da renda das famílias e a falta de investimentos do Estado em políticas de saúde mental, tende a aumentar o número de suicídios em um território ou região. Além disso, a relação da cultura local, que se reflete na negligência do tema como um problema público ou na não discussão em espaços acadêmicos e políticos, tende a reforçar o tabu que envolve o suicídio no Rio Grande do Sul.

Reforça-se a necessidade de compreender o suicídio como expressão do sofrimento humano, superando paradigmas que reduzem este tema a sintomas

psiquiátricos e intervenções pontuais. O suicídio deve ser enfrentado como um fenômeno complexo e conectado com as diferentes esferas da vida humana. Assim como as estratégias de prevenção ao suicídio devem visar a diminuição dos índices de mortalidade a partir da “promoção da vida” e construção de redes de cuidado; também devem fomentar uma nova visão sobre este fenômeno.

Por fim, considera-se que para enfrentar a problemática do suicídio no contexto atual e evitar um aumento gradativo das mortes, diante do cenário de crise econômica que se avizinha, é necessário que o tema assuma um espaço de destaque nas agendas de governo e nas ações do Estado brasileiro. O suicídio deve ser observado a partir de diferentes abordagens teóricas e seu enfrentamento deve contar com a ação interdisciplinar, envolvendo áreas da saúde, economia, sociologia, geografia, entre outras. A prevenção ao suicídio em momentos de crise é de suma importância, pois a desesperança e a piora nas condições materiais de vida das famílias é um dos maiores fatores de risco para o suicídio no território.

## Referências

- AMARAL, S. S. Suicídio no RN e sua relação com determinantes espaciais, urbanização, desenvolvimento e outros fatores socioeconômicos. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**, v. 13, n. 2, p. 288-308, 16 out. 2019.
- ARAÚJO, Rafael de Sousa. Análise econométrico-espacial do suicídio no Brasil. 2020. 62f. **Dissertação** (Mestrado em Economia) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020
- BANDO, D. H.; BARROZO, L. V. **Suicídio na cidade de São Paulo** – Uma análise sob a perspectiva da geografia da saúde. São Paulo/SP; Ed. Humanitas; 2010.
- BERTOLOTE, J. M. Suicide prevention: at what level does it work? **World Psychiatry**, v.3, n.3; oct. 2004; p.147–151.
- BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. **World Psychiatry**, v.1, 2002, p. 181-185.
- BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia**. USP, São Paulo, v. 25, n. 3, 2014, p. 231-236.
- BOTEGA, Neury José; SILVEIRA, Isabel Ugarte; MAURO, Marisa Lúcia Fabrício. **Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio**. Rio de Janeiro: ABP Editora, 2010.
- CHEN, J.; CHOI, Y.; SAWADA, Y. **How is suicide different in Japan?** Japão, 2007. (Working Paper, CIRJE-F-526).
- CUTLER, D.M.; GLAESER, E. L.; NORBERG, K. Explaining the rise in youth suicide. In: GRUBER, J. (Org.) **Risky behavior among youths: an economic analysis**. Chicago: University of Chicago Press, Series: (NBER-C) National Bureau of Economic Research Conference Report, 2001.
- DÍAZ, E.; BARRÍA, R. Suicidio y Producto Interno Bruto (PIB) em Chile: hacia un modelo predictivo. **Revista Latinoamericana de Psicología**, v. 2, p. 343-359, 2006.



- DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- FRAGA W.S.; MASSUQUETTI A.; GODOY M.R. Determinantes socioeconômicos do suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul. In: **Anais do 19º Encontro de Economia da Região Sul**; 2016; Florianópolis. Florianópolis; 2016.
- GODINHO, Isabel. Pobreza e desigualdade social no Brasil: um desafio para as políticas sociais. **Circuito de debates acadêmicos**. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2011.
- GONÇALVES, L. R. C.; GONÇALVES, E.; OLIVEIRA JÚNIOR, L. B. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**, v. 21, n. 2, p. 281-316, 2011.
- HUSTAIN, Arif; SANDSTROM, Susanna; GRODER, Joachim et al. **COVID-19**: Potential impact on the world's poorest people. [s.l.]: World Food Programme, 2020.
- JHU – John Hopkins University. Center for Systems Science and Engineering. **“COVID-19 Dashboard”**. John Hopkins University Website [30/06/2020]. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>; Acesso em: 30/06/2020.
- LOUREIRO, P. R. A.; MENDONÇA, M. J. C.; SACHSIDA, A. **Os determinantes econômicos do suicídio**: um estudo para o Brasil. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2010. (Texto para Discussão, n. 1487).
- LOVISI, Giovanni Marcos et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, supl. 2, p. 86-93; 2009.
- MACHADO, Daiane Borges; SANTOS, Darci Neves dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 45-54, Mar. 2015
- MACHADO, M. F.; LEITE, C.; BANDO, D. Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 4, n. 2, 2014, p. 334-356.
- MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Epidemiological aspects of suicide in Rio Grande do Sul, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 804-810, Dec. 2004.
- MENEGHEL, Stela Nazareth; MOURA, Rosylaine. **Suicídio, cultura e trabalho em município de colonização alemã no sul do Brasil**. Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1135-1146, Dec. 2018.
- MINAYO, M. C. S. 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, 2007, pp. 311-331.
- NEIRA, Hernan. Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. **Cinta Moebio**, Santiago, n. 62, p. 140-154; 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicídio** [Internet]. Geneva: OMS, 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>>. Acesso em: 02 jul. 2020.
- PALACIO, Andrés Felipe. LA COMPRESIÓN CLÁSICA DEL SUICIDIO. DE ÉMILE DURKHEIM A NUESTROS DÍAS. **Affectio Societatis**: Antioquia/COL. Nº 12/ junio/ 2010.

PINTO, Lélia Lessa Teixeira et al. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, p. 203-210, Oct. 2017.

PIRES, Dario Xavier; CALDAS, Eloísa Dutra; RECENA, Maria Celina Piazza. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro; v. 21, n.2; pp. 598-605; 2005.

RAZZOUK, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n.4,845-8. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Boletim de Vigilância do Suicídio e Tentativa de Suicídio. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Bol. Vig. Suicídio**. v. 1. n. 1. set. 2018.

SCHNITMAN, G. et al. Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas Capitais brasileiras. **Revista baiana saúde pública**, v. 34, n. 1, 2010.

WERLANG, B.G.; BOTEGA, N.J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed; 2004

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Luxembourg: World Health Organization, 2014.

#### **Sobre o autor:**

**Carlos Stavizki Junior** - Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - PPGDR/UNISC. Membro do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul - CMPS; Bolsista CAPES Modalidade 1 - Mestrado. E.mail: carlos\_stavizki@hotmail.com