



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**  
**LENIR RODRIGUES MINGHETTI**

**SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR**

**(Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho que podem em alguma medida, estarem associados ao suicídio laboral).**

**Tubarão**

**2013**

**LENIR RODRIGUES MINGHETTI**

**SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR**

**(Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho que podem em alguma medida, estarem associados ao suicídio laboral).**

Monografia apresentada no curso de Pós - Graduação em Gestão de Recursos Humanos da Universidade do Sul de Santa Catarina- UNISUL, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão de Recursos Humanos.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Lilia Aparecida Kanan (Uniplac-Lages).

Coorientador: Prof. Dr<sup>o</sup>. Gilson Rocha (Unisul- Tubarão)

Tubarão (SC)

2013

**LENIR RODRIGUES MINGHETTI**

**SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR**

**(Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho que podem em alguma medida, estarem associados ao suicídio laboral).**

Esta monografia foi julgada adequada à obtenção do título de Especialista em Gestão de Recursos Humanos e, aprovada em sua forma final pelo Curso de Pós - Graduação em Gestão de Recursos Humanos da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Tubarão, 18 de fevereiro de 2013

---

Prof. Lilia Aparecida Kanan- Doutora

Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC, Lages SC)

---

Prof. Gilson Rocha (Doutor)

Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL, Tubarão SC)

Dedico esta Monografia à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lilia Aparecida Kanan pelo auxílio e dedicação na minha formação.

Dedico de igual forma, aos meus filhos pela compreensão nos momentos de ausência, ao meu marido, meu Anjo da Guarda por compreender e me apoiar na realização deste sonho. Dedico a minha mãe, a meus irmãos e, em especial, ao meu pai (*in memoriam*).

Deus, ou quer impedir os males do mundo e não pode, ou pode e não quer, ou não quer nem pode, ou quer e pode.

Se quer e não pode, é impotente: o que é impossível em Deus.

Se pode e não quer é invejoso, o que, igualmente seria contrário a Deus.

Se nem quer nem pode é invejoso e impotente: portanto nem sequer Deus é.

Se pode e quer, o que é a única coisa compatível com Deus, donde então proviria a existência dos males?

Por que Deus não os impede?

(EPICURO 341-270 a.C., *in* *Ética*, 2005)

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus e a minha família que, me proporcionaram o apoio e a base necessária para ascendê-la a essa importante conquista de conhecimento; minha tão desejada realização pessoal. Agradeço a Coordenação do Fundo de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior do Estado de Santa Catarina- FUMDES, pela bolsa de estudos que me proporcionou a concretização deste sonho. Aos meus familiares que me incentivaram, e me apoiaram, na realização deste tão esperado sonho. Obrigado Mãe! Mesmo nos meus momentos de tristeza, me encorajava com palavras doces e calmas: obrigado por me fazer acreditar que sou capaz! Ao meu querido Pai que partiu deste mundo em fevereiro (2010), mas acredito que onde ele estiver estará aplaudindo a minha conquista. Pai! Todo dia quando acordo e me lembro do semblante de felicidade, do lindo brilho que sempre irradiava seu olhar; Pai esse brilho busquei e ajudou-me a seguir em minha caminhada com mais força, ânimo e alegria. Pai você sempre será muito especial para mim!

Aos meus irmãos: Alceu, Celso, Paulo, Valdecir, Maria, Iracy, Antonio (*in memória*) pelo companheirismo, alegria e confiança depositados em mim nestes 39 anos. Celso as coisas que você faz, com magnitude, bondade e compreensão, me enchem de gratidão. Obrigada por se importar comigo; isso ilumina o meu viver e me dá força para sempre procurar realizar novos sonhos. Aos meus filhos por alegrarem a minha vida, por serem meus cúmplices e companheiros. Obrigada! Fernanda, Alison e Leonardo, eu só tenho a agradecer a Deus, por vocês existirem e fazerem parte da minha vida. Que Deus os abençoe sempre! Agradeço imensamente ao meu marido, minha vida, pela compressão, calma, apoio e dedicação na realização desta monografia. Muitíssimo obrigado amor, pelo simples fato de você existir e me deixar fazer parte de sua vida.

No termino deste trabalho, é hora de dizer obrigada às pessoas que de alguma forma me auxiliaram, ampararam e apoiaram para que este estudo fosse realizado. Agradeço á todos os professores e em especial ao Professor Dr. Gilson Rocha, pelo conhecimento e auxílio na elaboração do projeto de pesquisa. Agradeço a minha mestra e permanente orientadora, Dra Lília Kanan, a quem admiro e em quem busco a minha inspiração.

Aos meus colegas de pós-graduação, que com suas individualidades, tiveram um papel importante na minha vida, dos quais guardarei sempre uma eterna amizade. Amigos: não tenho como retribuir toda a alegria que me proporcionaram nesse tempo! Aliás, poderei sim, ser sempre para vocês o que hoje são para mim! Obrigada por tudo!

Muito obrigada a todos os professores que de alguma maneira, contribuíram nessa busca de crescimento e de conhecimento pessoal e profissional nesses dois anos de estudo, o que certamente, contribuirá significativamente na minha atuação como profissional e como pessoa. Estendo meus agradecimentos ao Coordenador do Curso Msc. João Batista Mendes e a Secretária da pós-graduação Maria José, pela compressão e solução dos pequenos problemas que surgiram no decorrer do curso.

A todos que direta ou indiretamente participaram ao meu lado desta jornada, meu eterno agradecimento por fazerem parte desta importante fase da minha história.

## RESUMO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no que diz respeito a óbitos por suicídio o Brasil ocupa a 10ª posição; é um dos maiores índices registrados de suicídios. A cada dia, no mundo, 1.000 pessoas tentam o suicídio. Em Santa Catarina entre os anos de 1996 a 2012 aconteceram 7.471 suicídios. Destes, 6.077 cometidos por homens e 1.394 por mulheres. Outro dado preocupante é que 4.535 suicídios foram de pessoas em idade entre 20-54 (idade produtiva). O suicídio é um problema de saúde pública, por ser responsável por 0,4 a 0,9% do total de mortes no mundo, é a terceira maior causa de morte entre os adolescentes e, contribui com 30% das mortes entre os estudantes universitários. O suicídio e tentativas de suicídio no local de trabalho é um fenômeno que tem curto registro histórico: surgiu na França nos últimos 13 anos, porém há registros de que as primeiras investigações foram feitas na Bélgica, nas linhas de montagem de automóveis alemães. O suicídio laboral apresenta índices preocupantes em países industrializados. Na França aproximadamente 11 mil pessoas se suicidaram em 2000, o que equivale a um suicídio por hora. Cerca de 300 a 400 trabalhadores cometeram suicídio laboral no interior de empresas da França. No Japão, entre os anos de 2005 e 2006 aconteceram 32.552 suicídios, destes 34.427 cometidos por homens, e 6.354, por mulheres. Esta instigante realidade gerou, o interesse em desvelar quais os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho e associados ao suicídio laboral e, caracterizar as ações do RH na prevenção desses incidentes. O método utilizado para este estudo foi delineado como uma revisão bibliográfica. Esta pesquisa identificou o alcoolismo como doença mais agravante ao suicídio laboral; de difícil intervenção pelo não controle do consumo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Mental. Suicídio Laboral. QVT. RH.



## **ABSTRACT**

According to the World Health Organization (WHO), in respect of deaths by suicide Brazil occupies the 10th position is one of the highest rates of recorded suicides. Each day, around the world, 1.000 people attempt suicide. In Santa Catarina between the years 1996 to 2012 suicides occurred 7471. Of these 6.077 committed, by men and 1.394 for women. Another worrying fact is that suicides were 4.535 people aged 20-54 (working age). Suicide is a public health problem, being responsible for 0.4 to 0.9% of all deaths in the world, is the third leading cause of death among adolescents and accounts for 30% of deaths among college students. Suicide and suicide attempts in the workplace is a phenomenon that has short historical record: originated in France in the last 13 years, however there are reports that the first investigations were made in Belgium, on the assembly lines of German automobiles. The work presents suicide rates are alarming in industrialized countries. In France about 11 000 people killed themselves in 2000, which equates to a suicide per hour. About 300 to 400 workers committed suicide employment within companies of France. In Japan, between 2005 and 2006 occurred 32,552 suicides committed by these 34,427 men and 6354 for women. This exciting reality has generated interest in uncovering what mental disorders and behavior related to work and employment associated with suicide and to characterize the actions of HR in preventing these incidents. The method used for this study was designed as a literature review. This study identified alcoholism as a disease most aggravating labor to suicide; difficult for non-intervention control consumption.

**KEY-Words:** Mental Health. Suicide Labor. QVT. RH.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01:</b> Cidades Brasileiras com maiores os percentuais de suicídios.....	39
<b>Tabela 02:</b> Número de Suicídios por causas violentas em SC entre 1996-2012.....	42
<b>Tabela 03:</b> Distribuição do número de Suicídios por Gênero entre 1996-2012.....	43
<b>Tabela 04:</b> Distribuição do número de Suicídios por Escolaridade entre 1996-2012.....	46
<b>Tabela 05:</b> Distribuição do número de Suicídios por Idade 5 Faixas etárias entre 1996-2012.....	48
<b>Tabela 06:</b> Distribuição do número de Suicídios por Raça/cor entre 1996-2012.....	50
<b>Tabela 07:</b> Distribuição do número de Suicídios por Assistência Médica entre 1996-2012.....	51
<b>Tabela 08:</b> Distribuição do número de Suicídios por Local Ocorrência entre 1996-2012..	53
<b>Tabela 09:</b> Distribuição do número de Suicídios por Estado Civil entre 1996-2012.....	54
<b>Tabela 10:</b> Distribuição percentual do número de Suicídios por Mês do Óbito entre 1996-2012.....	27
<b>Tabela 11:</b> Distribuição de Óbito por Acidente Trabalho segundo Suicídios entre 1996-2012.....	71
<b>Tabela 12:</b> Relação entre violência doméstica e intenção de suicídios.....	90

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01:</b> Fatores de alto risco para consumir o suicídio.....	62
<b>Quadro 02:</b> Fato e ficção relacionados à intenção do suicídio.....	68
<b>Quadro 03:</b> Formas clínicas da neurose profissional.....	93
<b>Quadro 04:</b> Formas de expressão do <i>mobbing</i> .....	100

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 01:</b> Percentuais de suicídios por região e gênero no Brasil, entre os anos de 1980-2006.....	37
<b>Gráfico 02:</b> Percentuais de suicídios por idade no Brasil, entre os anos de 1980-2006.....	38
<b>Gráfico 3:</b> Percentual do número de Suicídios por Gênero entre 1996-2012.....	44
<b>Gráfico 04:</b> Distribuição percentual do número de Suicídios por Mês do Óbito entre 1996-2012.....	58
<b>Gráfico 05:</b> Distribuição dos percentuais de suicídios por Região de Residência entre 1996-2012.....	59

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01:</b> Aspectos avaliados no comportamento suicida.....	60
--	----

## SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
LISTA DE TABELAS.....	9
LISTA DE QUADROS.....	10
LISTA DE GRÁFICOS.....	11
LISTA DE FIGURAS.....	12
RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
LISTA DE TABELAS.....	9
LISTA DE QUADROS.....	10
LISTA DE GRÁFICOS.....	11
LISTA DE FIGURAS.....	12
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1 PROBLEMÁTICA.....	15
1.2 JUSTIFICATIVA.....	18
1.3 HIPÓTESES.....	20
1.4 OBJETIVOS.....	21
1.4.1 Objetivo Geral.....	21
1.4.2 Objetivos específicos.....	21
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>22</b>
2.1 O SUICÍDIO.....	22
2.1.1 O suicídio na antiguidade.....	22
2.1.2 O suicídio na atualidade.....	28
2.2 MÉTODOS UTILIZADOS PELOS SUICIDAS.....	31
2.3 TIPOS DE SUICÍDIOS.....	34
2.4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO SUICÍDIO NO BRASIL.....	36
2.5 ESTUDO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DO SUICÍDIO EM SANTA CATARINA.....	40
2.5.1 Distribuição do número de Suicídios por Gênero.....	43
2.5.2 Distribuição do número de suicídios por escolaridade.....	45
2.5.3 Distribuição do número de suicídios por idade 5 faixas etárias.....	47
2.5.4 Distribuição do número de suicídios por raça/cor.....	49

2.5.5 Distribuição do número de suicídios por assistência médica.....	51
2.5.6 Distribuição do número de suicídios por local ocorrência.....	52
2.5.7 Distribuição do número de suicídios por estado civil.....	54
2.5.8 Distribuição do número de suicídios por mês do óbito.....	55
2.6 FATORES ASSOCIADOS AO RISCO DE SUICÍDIO.....	61
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>69</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	69
3.2 FONTES DE INFORMAÇÃO.....	69
<b>4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....</b>	<b>70</b>
4.1 SUICÍDIO E TRABALHO: RELAÇÕES POSSÍVEIS?.....	70
4.2 SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR .....	74
4.3 TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO RELACIONADOS COM O TRABALHO QUE PODEM EM ALGUMA MEDIDA, ESTAREM ASSOCIADOS AO SUICÍDIO LABORAL.....	76
<b>4.3.1 Demência (F02.8) .....</b>	<b>77</b>
<b>4.3.2 Delirium (F05.0) .....</b>	<b>79</b>
<b>4.3.3 Transtorno Cognitivo Leve (F06.7) .....</b>	<b>80</b>
<b>4.3.4 Transtorno Orgânico de Personalidade (F07.0).....</b>	<b>81</b>
<b>4.3.5 Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático Não- Especificado (F09.).....</b>	<b>83</b>
<b>4.3.6 Alcoolismo Crônico Relacionado ao Trabalho (F10.2).....</b>	<b>84</b>
<b>4.3.7 Episódios Depressivos (F32.).....</b>	<b>87</b>
<b>4.3.8 Estado de Estresse Pós-Traumático (F43.1).....</b>	<b>89</b>
<b>4.3.9 Neurastenia - Síndrome de Fadiga (F48.0).....</b>	<b>92</b>
<b>4.3.10 Transtornos Neuróticos - Neurose Profissional (F48.8).....</b>	<b>94</b>
<b>4.3.11 Transtorno do Ciclo Vigília-Sono (F51.2).....</b>	<b>95</b>
<b>4.3.12 Síndrome de <i>Burnout</i> ou Síndrome do Esgotamento Profissional (Z73.0).....</b>	<b>97</b>
4.4 ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO.....	98
4.5 ESTRATÉGIAS DO QVT QUE PODEM MINIMIZAR A OCORRÊNCIA DE SUICÍDIO LABORAL.....	102
4.6 AÇÕES DO RH NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO LABORAL.....	104
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>106</b>
<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>117</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 PROBLEMÁTICA

Em uma classificação mundial, em óbitos por suicídio, o Brasil ocupa a 10ª posição, um dos maiores índices de suicídios. Em 2004, por exemplo, o total de suicídios chegou a 7.987 casos e, pressupõe-se que até 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas cometerão suicídio, o que faz deste fenômeno uma questão de saúde pública. Em Santa Catarina entre os anos de 1996 a 2012 aconteceram 7471 suicídios. Destes, 6077 cometidos por homens e 1.394 por mulheres. Outro dado preocupante é que 4535 suicídios foram de pessoas em idade entre 20-54 (idade produtiva). (MINGHETTI e KANAN, 2010).

Para Amaral, Amaral e Amaral (2010, p.3), outro fator importante de morte por suicídio, é que no mundo, a cada 30 segundos, 20 pessoas tentam o suicídio sem sucesso, o que corresponde a uma tentativa a cada segundo e meio. Para os referidos autores (*loc.cit*) nos últimos 50 anos, o suicídio no mundo aumentou 60%, sobretudo, nos países em desenvolvimento: “e, no Brasil, atingindo mais fortemente pessoas acima dos 60 anos, sendo uma das três principais causas de morte entre a população economicamente ativa, principalmente na faixa etária que vai dos 15 aos 34 anos”.

A cada dia, no mundo, 1000 pessoas tentam o suicídio. Lara, Xavier e Gonçalves (2009), relatam que o suicídio é um problema de saúde pública, por ser responsável por 0,4 a 0,9% do total de mortes no mundo e, a terceira maior causa de morte entre os adolescentes. O suicídio contribui com 30% das mortes entre os estudantes universitários.

Amaral *et.al* (2010, p.3) pontuam que o Japão, um país altamente industrializado, apresenta os maiores índices de suicídios por ano. O número de suicídios no Japão em 2005 foi de 32.552 pessoas, superando a marca dos 30 mil pelo oitavo ano consecutivo. Já os números relativos a 2006 chegam a 32.155 suicídios, mostrando uma queda muito pequena em relação a 2005. A Agência Nacional de Polícia do Japão informou que, nos oito primeiros meses de 2009 já haviam sido registrados 22 mil suicídios, um crescimento de 4,5% em relação aos índices de 2008. Outro fator importante, neste país, é que os suicídios cometidos por homens somam 34.427, contra 6.354 cometido por mulheres. “Acredita-se que o aumento tenha relação com a deterioração das condições econômicas do Japão” (AMARAL *et.al*, 2010, p.03).



Outro país com números expressivos em suicídio relacionados ao trabalho é a França, aproximadamente 11 mil pessoas se suicidaram em 2000, o que equivale a um suicídio por hora. Amaral *et.al* (2010, p.3) relata que em 1995, a morte por suicídio atingiu também a maior central sindical do país, a Central Geral dos Trabalhadores (CGT), “que apresentou 08 casos de suicídios entre trabalhadores de empresas terceirizadas que trabalhavam na manutenção da central nuclear de Chinon”.

O que merece ênfase é que cerca de 300 a 400 trabalhadores cometeram suicídio no interior de empresas, na França. “Pesquisadores franceses esclarecem que os casos de suicídios dentro das empresas são sintomas de estresse profissional, portanto, um tipo de distúrbio, de ordem psicológica, ocasionado ou potencializado pelo trabalho” (AMARAL *et.al*, 2010, p.4).

No que se refere aos suicídios cometidos pelos trabalhadores na França, Amaral *et.al* (2010, p.4) expõem que:

(...) um dos episódios que mobilizaram a sociedade francesa foi a série de suicídios envolvendo funcionários da maior montadora de veículos do país, a Renault, entre os anos de 2004 e 2007. Foram 04 suicídios, no período, sendo que os 03 últimos num período inferior a 04 meses. O suicídio de 2004 pareceu um caso isolado, no entanto, entre outubro de 2006 e fevereiro de 2007, os outros 03 casos chamaram a atenção da opinião pública, sobretudo porque alguns deles ocorreram dentro da empresa. Entre as causas apontadas estariam à intensificação do trabalho e a pressão para atingir metas cada vez mais intangíveis.

Amaral *et.al* (2010, p.04) explicam que: “além da Renault, outra onda de suicídios, só que agora de funcionários do grupo PSA, que reúne as montadoras Peugeot-Citroën, ameaça colocar em xeque as condições de trabalho nas empresas privadas da França”.

No início do ano de 2007, seis funcionários da PSA, cinco deles da mesma unidade, a Mulhouse, em Haut-Rhin, suicidaram-se, sendo que no último suicídio ocorrido, o empregado enforcou-se nas dependências da própria fábrica. A investigação policial concluiu, segundo os jornais "Le Monde" e "Le Figaro", que se tratou de um suicídio motivado por "questões pessoais". No entanto, no primeiro caso registrado naquele ano e relacionado a PSA, o funcionário que se matou deixou uma carta denunciando a "pressão moral" a que era submetido no trabalho. Ele trabalhava numa unidade da PSA denominada Charleville-Mézières, em Ardennes (AMARAL *et.al*, 2010, p.4).

Em 2009 a operadora francesa France Telecom substituiu seu vice-presidente, Louis-Pierre Wenes, após uma onda de 24 suicídios de trabalhadores, verificados no interior da empresa, nos últimos 10 meses. Segundo Netto (2009) os suicídios ocorreram devido ao plano

de modernização que envolveu mudanças nas funções dos trabalhadores, além da cobrança de novas metas.

Além destes dados, o suicídio apresenta outros aspectos alarmantes: cada suicida deixa no mínimo seis pessoas próximas com dificuldades econômicas, emocionais e sociais (Minghetti e Kanan, 2010). Muitos tentam o suicídio ou se auto-agridem com tal gravidade, a ponto de precisarem de cuidados médicos. Em consequência destes fatores, as tentativas de suicídio acarretam gastos de bilhões de dólares aos cofres públicos (WERLANG e BOTEGA, 2004).

A OMS (2000) apresenta que o custo de uma morte ou tentativa de suicídio pode ser calculado em termos de DALYs (disability adjusted life years), anos de vida ajustados as limitações. Este indicador mostra que em 1998 o suicídio foi responsável por 1,8% do custo total de doenças em todo mundo, com uma diferença de 2,3% para os países de alta renda e, 1,7% para os países com baixa renda. Este custo equivale aos gastos com guerras e homicídios, se aproxima do dobro do custo com diabetes e, equivale aos custos de traumas e asfixias neonatais (MINGHETTI e KANAN, 2010).

De acordo com Gerschenfeld (2010, p. 02) os fatores que são motivadores aos suicídios cometidos no contexto laboral, encontram-se relacionados a três ferramentas de gestão organizacional, que formaram a base da transformação radical do sistema de produção do Século XX: “a avaliação individual do desempenho, a exigência de qualidade total e o outsourcing - Este fenômeno gerou doenças mentais ligadas ao trabalho”.

Para Dejours (*apud*, Gerschenfeld, 2010, p.02) no que se refere à saúde mental do trabalhador, vários fatores corroboram para o surgimento de patologias decorrentes do trabalho, como o sofrimento e o esgotamento, mas principalmente a realização pessoal. Para o autor: “Não há *trabalho vivo* sem sofrimento, sem afeto, sem envolvimento pessoal, explicou. É o sofrimento que mobiliza a inteligência e guia a intuição no trabalho; que permite chegar à solução que se procura”.

O suicídio e tentativas de suicídio no local de trabalho é um fenômeno que tem curto registro histórico: surgiram na França nos últimos 13 anos, porém há registros de que as primeiras investigações foram feitas na Bélgica, nas linhas de montagem de automóveis alemães. Conforme expõe Dejours (*apud*, Gerschenfeld, 2010, p.02):

O fato de as pessoas irem suicidar-se no local de trabalho tem obviamente um significado. É uma mensagem extremamente brutal, a pior do que se possa imaginar – mas não é uma chantagem, porque essas pessoas não ganham nada com o seu suicídio. É dirigida à comunidade de trabalho, aos colegas, ao chefe, aos subalternos, à empresa. Toda a questão reside em decodificar essa mensagem.

Não obstante o volume de bibliografias e de autores que descreveram a morte por suicídio, no que se refere ao suicídio laboral ainda é inexpressivo a quantidade de estudos, pesquisas ou obras publicadas. A razão da insipiência de pesquisa nesta área, pode estar associada ao fato de que este fenômeno ainda é algo complexo, na relação entre o homem e a consciência de sua existência.

Na busca por uma maior visibilidade à inquietante questão do suicídio no contexto laboral, este estudo procurou responder a uma questão socialmente importante: **Quais os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho podem, em alguma medida, estarem associados ao suicídio laboral?**

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Neste sentido, primeiro, a escolha pelo tema é resultado de recomendação anterior, observada no TCC da Graduação em Psicologia, quando se julgou ainda existir um campo fecundo para a pesquisa deste tema e, por segundo, os suicídios relacionados ao trabalho apresentam dados preocupantes em vários países, onde existem alguns estudos significativos, contudo não é esta a realidade brasileira, onde os suicídios laborais apresentam dados preocupantes e, poucos são os estudos realizados e informações disponíveis sobre este tema, o que pode fazer desta matéria, algo relevante para a nossa comunidade científica.

O suicídio, considerado um problema de saúde pública, levou a OMS, a lançar em 1999 o SUPRE-MISS (*Suicide Prevention Program* - Genebra), através do qual se disseminou, mundialmente, uma série de manuais para todos os profissionais da saúde, que estão diretamente ou indiretamente em contato com possíveis suicidas. No Brasil, O Ministério da Saúde implantou alguns programas de atenção a este fenômeno, tais como a criação da política Internacional de Prevenção do Suicídio desenvolvida pela OMS (2000). Esta política estipula que indivíduos que tenham comportamento, ou que já tenham tentado

cometer suicídio sejam atendidos principalmente pelo SUS - Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA e KIENEN, 2008).

Com a implantação da Portaria nº 2.542/GM em 2005, o Ministério da Saúde expõe a temática, recomendando a formação de um grupo de trabalho, composto por representantes do governo, sociedade civil, universidades e áreas afins, com o objetivo de estabelecer um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio. No dia 14 de agosto de 2006, o Ministério da Saúde publicou a portaria de nº 1.876/GM, na qual recomenda diretrizes que apontam para um plano de atenção e prevenção do suicídio (OLIVEIRA e KIENEN, 2008).

De acordo com o Martins (2009, p. 65) o Suicídio Laboral “é a morte funcional, o desespero, o jogar tudo para cima dos trabalhadores que, não suportando mais as opressões do dia-a-dia, decidem por fim em suas carreiras”.

O desejo de morte no trabalho é tão forte que o suicida consegue vencer todos os seus medos e preocupações. Já não importa se o seu salário será menor em outra empresa ou se a idade é avançada. Por mais contraditório que possa parecer, esse desejo de morte no trabalho é, em verdade, um desejo de vida. O suicida laboral vê nessa ruptura um novo horizonte, de paz e longe das tolices do poder ditatorial. Livrar-se desses ditadores é sinônimo de renovação (MARTINS, 2009, p. 69).

Rodrigues e Xavier (*apud* Santos, Siqueira e Mendes, 2010), relatam sobre a sequência de suicídios de trabalhadores bancários na década de 1990, atribuindo-os, em larga medida, as reestruturações produtivas em curso. “Suicídios recentes entre bancários demonstram que, aparentemente, o problema não esteve circunscrito apenas ao contexto da década passada, mas poderia se tornar um fenômeno endêmico” (SANTOS *et.al*, 2010, p. 926).

Em 2008 um operador de pregão de um grande banco, lotado na bolsa de valores, atira contra o próprio peito durante o expediente. Conta-se que o homem, na casa dos 40 anos e pai de duas crianças, temia a sorte da família caso fosse demitido, pois o conglomerado financeiro que trabalhava estava em processo de fusão. Dias depois, uma bancária comete suicídio, também no local de trabalho, mediante uso de arma de fogo: exatamente o mesmo destino que tivera o administrador de outra agência bancária meses antes. Em 2009 um bancário se atira da janela de seu escritório, localizado no sexto andar; a empresa negociava sua incorporação por outro banco (SANTOS *et.al*, 2010, p. 926).

De acordo com Santos *et.al*. (2010, p. 926) o suicídio cometido no local de trabalho ou suicídio laboral, apresenta-se como um elemento importante para compreensão das

consequências de práticas administrativas empregadas nas organizações contemporâneas e, sobre a subjetividade na qual se insere o trabalhador, fornecendo pistas significativas para a humanização das relações de trabalho e denuncia métodos empresariais que culminam na degradação humana.

Santos *et.al.* (2010, p. 926) asseveram que o “suicídio de trabalhadores personifica o extremo do sofrimento, abaixo do qual estão inúmeras outras patologias, físicas e mentais, desenvolvidas como reação às violências do contexto ocupacional do trabalhador”. Diante destes elementos, parece ser pertinente questionar: como identificar os fatores de riscos decorrentes do trabalho que podem ser os causadores de suicídio? Quais as possíveis ações do RH para minimizar o sofrimento psíquico dos colaboradores *a priori* para evitar o suicídio *a posteriori*?

Diante destas indagações, o Gestor de RH, deve buscar, via estudos científicos, métodos e técnicas que visem esclarecer os problemas apresentados por esta temática. Para corroborar com essa ação, este estudo se propõe apresentar à sociedade o resultado de sua pesquisa como forma de esclarecimento, de prevenção e conscientização de fatores que contribuem com a incidência de suicídios cometidos nos locais de trabalho.

### 1.3 HIPÓTESES

Como hipóteses este trabalho apresentou três circunstâncias:

- a) O sofrimento psicológico decorrente do trabalho pode ser um antecedente do suicídio.
- b) O suicídio laboral pode ser um indicador de Clima Organizacional desfavorável.
- c) O suicídio laboral pode ser um indicador de carência de ações voltadas à Qualidade de Vida dos Trabalhadores.

## 1.4 OBJETIVOS

### 1.4.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo foi identificar os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho que podem em alguma medida, estarem associados ao suicídio laboral.

### 1.4.2 Objetivos específicos

Especificamente objetivou:

- a) Descrever o suicídio na antiguidade e na atualidade;
- b) Identificar os fatores de risco que contribuem com suicídio;
- c) Verificar a quantidade de suicídio em Santa Catarina entre os anos 1996 e 2012 no Sistema Identificação de Mortalidade (SIM);
- d) Caracterizar as ações do RH na prevenção do suicídio laboral.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Estudar a suicídio laboral é uma tarefa complexa, pois requer a exposição objetiva da temática por meio de esclarecimentos, estudos sistemáticos e científicos para encontrar soluções que amenizem o seu impacto ou evitem a sua ocorrência. A fundamentação teórica apresentada neste projeto se edifica em teorias objetivas e indiretas sobre o suicídio ocorrido no local de trabalho, tanto quanto sobre os fenômenos que a ele conduzem. As informações apresentadas no decorrer do texto refletem os conceitos analisados e os demais elementos constitutivos da pesquisa.

Assim, a fundamentação teórica atende ao conceito de: “servir de base para a análise e a interpretação dos dados coletados na fase de elaboração do relatório final. Os dados apresentados precisarão ser interpretados a luz das teorias existentes” (LEONEL e MOTTA, 2007, p.177).

É de relatar o desconhecimento da existência de estudos aprofundados na área da Gestão de Recursos Humanos, que se propusessem a identificar através de pesquisas científicas, as ações que são possíveis de realizar na prevenção do risco de suicídio decorrente do trabalho.

### **2.1 O SUICÍDIO**

#### **2.1.1 O suicídio na antiguidade**

Na Idade Média, a crença religiosa na imortalidade da alma após a morte, bem representava o anseio de eternidade e a recusa pela nadificação do fim existencial do homem na Terra. A interpretação do suicídio era fundamentada em uma corrente filosófica-religiosa, que perpetuou por longo tempo, até que principalmente a partir da Renascença e posteriormente no Iluminismo, novos estudos, pesquisas e interpretações foram desenvolvidos, incluindo fatores sociológicos, antropológicos e psicológicos como

coadjuvantes motivacionais, para que o indivíduo aguardasse a finitude natural de sua vida, muito embora o fenômeno, culturalmente, ainda fosse visto sob um manto mitológico.

Sobre essas ignomínias, Linhares (2008) e Alvarez (1999), mencionam que os rituais e restrições estabelecidos nos enterros em Atenas, nos quais o suicida era afastado dos outros defuntos, com sua mão cortada e enterrada separadamente do corpo. “O primeiro suicídio literário foi de Jocasta, mãe de Édipo, e foi apresentado de uma forma que o fez parecer louvável, uma saída honrosa para uma situação intolerável” (ALVAREZ, 1999, p.70).

Em Atenas muitos outros suicídios foram cometidos e julgados da mesma forma; o suicídio não seria mais tolerado se parecesse um ato de desrespeito gratuito aos deuses.

Epicuro de Samos (341 a.C., *apud*, Lorencini e Carratore, 1997, p. 27), destaca que a morte não seria nada:

A morte, pois, o mais horrendo dos males, em nada nos atinge. Pois, enquanto vivemos, ela não veio, e, quando veio, já nós não vivemos. Assim, a morte não é contra os vivos nem contra os mortos, pois nos primeiros não está e quando aos segundos chega; estes já não existem.

Em *Ética a Nicômaco*, Aristóteles ao responder a questão da possibilidade de um indivíduo cometer uma iniquidade contra si, afirma:

(...) aquele que comete suicídio num acesso de descontrole emocional, voluntariamente comete uma ofensa (em oposição à razão) que não é permitida pela lei, de forma que o suicida comete injustiça, mas contra quem? Parece ser mais contra o Estado do que contra si mesmo, pois ele sofre voluntariamente e ninguém sofre injustiça involuntariamente. Essa é a razão porque o Estado fixa uma pena, na qual o suicídio é punido por certos estigmas de ignomínia, por ser uma ofensa cometida contra o Estado (...) (ARISTÓTELES, 2007, Livro V, p.1138).

Santo Agostinho (1995), um dos pais da Patrística romana, expõe que, existe em nós uma crença errônea de completo aniquilamento do ser humano em seu suicídio; em verdade, no suicida existe um sentimento de busca natural pelo repouso, que pelo ato encontra a própria tranquilidade:



(...) parece-me que ninguém se suicida ou que deseja a morte de qualquer maneira possui o sentimento de que não será nada depois da morte (...) todo desejo daquele que quer morrer é dirigido, não para cessar de existir pela morte, mas para encontrar a tranquilidade. E assim, enquanto crê, por engano, obter o não-ser, sua natureza esta a aspirar pela tranquilidade, isto é, deseja possuir uma realidade mais perfeita. Logo, assim como não pode absolutamente ser crível que alguém goste de não existir, não se pode de modo algum admitir que alguém seja ingrato para com a bondade de seu Criador, pelo ser do qual frui (SANTO AGOSTINHO, 1995, p. 176).

Santo Agostinho se guiava pelo neo-platonismo de sua época; assim seguiu Platão (*apud*, Fédon, 2000, p.121), que acode a resposta de Sócrates a Cebes, quando interrogado sobre o suicídio: “ninguém deve partir da vida sem ser forçado pela divindade”. Sócrates, logo após este diálogo, ingeriu cicuta<sup>1</sup> e afirmou: “estamos guardados num lugar, numa espécie de cárcere de onde não nos é permitido evadir” (*apud*, FÉDON, 2000, p.122).

Para São Tomás de Aquino (2000), que reitera Aristóteles, o suicídio é um ato contra o Estado, que se vê privado de um de seus membros e dos possíveis benefícios que dele possam advir; ainda, o suicídio é também um ato contra Deus, que deu a vida aos homens. Conforme Linhares (*loc.cit.*), São Tomás de Aquino fundou a ilicitude do suicídio em três pretextos:

- **1º) Todo homem ama naturalmente a si mesmo.** Por isso é que se conserva na existência e resiste quanto pode ao que poderia destruí-lo. Quem se mata vai contra a tendência da natureza e contra a caridade, pela qual cada um deve amar-se a si mesmo. Assim o suicídio será sempre pecado mortal, enquanto se opõe à lei natural e à caridade.
- **2º) A parte, pelo que é, pertence ao todo.** Ora, cada homem é parte da comunidade e a esta pertence, por isso, ao matar-se contra ela comete uma injustiça.
- **3º) A vida é um dom de Deus ao homem que permanece sempre dependente do poder daquele que “faz morrer e faz viver”.** (...) Quem se priva da vida peca, portanto, contra Deus, como aquele que mata um escravo alheio peca contra o senhor desse escravo; como peca quem usurpa o julgamento sobre uma causa que lhe foi confiada. Pois só a Deus compete julgar da morte e da vida, como diz no livro Deuteronômio: “Eu farei morrer e farei viver” **g.m** (TOMAS DE AQUINO, *apud* LINHARES, 2008, p.195).

Sêneca, um dos mais poderosos homens de Roma, dizia que a arte viver é também a arte de morrer, e que o homem é um ser destinado à morte; saber morrer é parte integrante da arte da vida. Para ele: “deve-se aprender a viver toda a vida e, por mais espantoso que seja por toda a vida deve-se aprender a morrer”. Para Sêneca, o suicídio é um ato da razão, um ato

---

<sup>1</sup>**Cicuta:** veneno que Sócrates ingeriu. Mesmo contra o suicídio, foi condenado por um Júri na Grécia antiga, ele tinha duas opções: seria morto ou se auto suicidava e, ele escolheu o suicídio. Todavia um questionamento se faz: Seria mesmo um suicídio? Visto que não tinha alternativa a não ser morrer, desta forma pode-se caracterizar como um suicídio induzido.

livre de escolha, pois segundo ele “se te agrada, vive! Senão, livre és para regressar ao lugar de onde vieste” (SÊNECA, *apud* LINHARES, 2008, p.196).

No entanto, pela crença dos *Vikings*, o paraíso dos mortos *Valhalla*: era “o palácio daqueles que morreram com violência (...) onde o banquete dos heróis era presidido pelo deus Odin. Somente aqueles que tinham morrido violentamente podiam entrar e tomar parte do banquete” (ALVAREZ, 1999, p.67). O referido autor expõe que a maior das honras e a primeira qualificação justa para entrar no paraíso era a morte em batalha: a segunda maior era o suicídio. Odin era considerado o Deus supremo das guerras.

Porém, Frazer (*apud* Alvarez, 1999, p.67), expõe que Odin era chamado de o Senhor da Força ou o Deus dos Enforcados. Odin teria ferido a si próprio com uma espada, antes de ser queimado em um ritual; de uma maneira ou de outra seria ele um suicida, e seus adoradores agiam segundo o exemplo divino.

As pessoas que morriam naturalmente, por velhice, ou doença, eram excluídas do *Valhalla* para todo o sempre. Muitos homens e animais eram enforcados em sua honra nas árvores sagradas do bosque santo na *Upsala*. “Os estranhos e belos versos do *Háva Mál* sugerem que o deus também teria morrido no mesmo ritual, como um sacrifício para si mesmo”

A compreensão do suicídio ultrapassou séculos. Alvarez (1999, p.60), relata que, em Londres no ano de 1601, o advogado *Fulbecke* (*apud* Alvarez, 1999), ao relatar o triste final de um suicida, escreveu que ele: “foi arrastado por um cavalo até ao lugar de punição e da vergonha, onde então é pendurado numa forca, e ninguém poderá descer o corpo a não ser por ordem de um magistrado”. Segundo o autor o suicida era tão desprezível quanto o mais detestável dos criminosos.

Algum tempo depois, outra grande autoridade londrinense relata que, o enterro de um suicida deveria ser na beira da estrada, com uma estaca atravessando o peito a exemplo dos vampiros. “O lugar escolhido era em geral uma encruzilhada, local onde eram realizadas execuções públicas, e uma pedra era posta sobre o rosto do cadáver; como a estaca, a pedra servia para garantir que o morto não se ergueria como fantasma para assombrar os vivos” (ALVAREZ, 1999, p.60).

A ligação e o misticismo das bruxas e vampiro se perpetuaram por longo tempo. O último registro de degradação de um cadáver de suicida na Inglaterra foi por volta de 1823, onde um suicida chamado *Griffiths* foi enterrado em uma encruzilhada com a pedra, e a estaca

no corpo. No entanto, mesmo depois de cinquenta longos anos, os suicidas não foram deixados em paz; diminuiu o grau de degradação, mas os corpos eram levados para dissecação em escolas de anatomia (ALVAREZ, 1999).

Para Alvarez (1999), na Europa, dependendo da localidade, o corpo do suicida, podia ser pendurado pelos pés, arrastado pelas ruas dentro de uma armação para condenados, queimado ou jogado no depósito de lixo público.

Em Metz, o suicida era posto num barril e lançado no *Mosela* para boiar para longe dos lugares que pudesse querer assombrar. Em *Dantzing*, o cadáver não podia ser retirado pela porta da casa, mas tinha que sair pela janela e ser levado para baixo içado por roldanas; em seguida, o marco da janela tinha que ser queimado. Mesmo na civilizada Atenas de Platão, o suicida era queimado fora da cidade e longe de outros túmulos; a mão com que ele tivesse se matado era decepada e queimada separadamente (ALVAREZ, 1999, p.61).

A França, por volta do ano de 1770 confiscava as propriedades dos suicidas e, difamava sua memória, o que se perpetuou até por volta de 1791. Na Inglaterra, onde as leis relativas ao confisco das propriedades só foram alteradas em 1870, porém em 1961 ainda se mandava para a prisão um suicida que não tivesse tido sucesso em sua tentativa.

O suicida é rejeitado porque na verdade está rejeitando a tudo. Alvarez (1999, p.61) relata que a relação do suicídio com o desequilíbrio das faculdades mentais: “foi criada por advogados como uma proteção contra os disparates da lei, já que um veredicto de *felo de se* iria privar o morto de um enterro religioso e seus herdeiros, da herança”:

O horror primitivo ao suicídio, que sobreviveu por tanto tempo na Europa, era, portanto um horror ao sangue perversamente derramado e ao espírito inquieto. Na prática, isso significa que o suicídio era equiparado ao assassinato. Daí presume-se, o costume de punir o corpo do suicida, como se ele fosse culpado, de um crime capital, pendurando-o na forca. Daí, também, o termo usado para mencionar o ato. Na língua inglesa, o termo *suicide* é um latinismo e uma palavra relativamente abstrata que só apareceu tardiamente (ALVAREZ, 1999, p.63).

Esta linha conceitual perdurou até que novos estudos fossem desenvolvidos. Segundo Alvarez (1999, p.96) o suicídio é o fruto de uma opção, por mais impulsivo que seja o ato, e por mais confusos que sejam os motivos que conduzem ao ato suicida, no momento em que a pessoa finalmente decide pôr fim a própria vida, atinge certa clareza temporária. “O suicídio pode ser uma espécie de declaração de falência que condena a vida da pessoa como uma

longa história de fracassos (...) a liberdade de morrer da maneira como escolheu e na hora que escolheu”.

Para Dastur (2002), a morte por excelência seria o não-ser absoluto, conquanto não constitua absolutamente nada ao não permitir ser experimentada e, tampouco se lhe permitir retornar ao que dantes era substancial. Conforme Solomon e Patch (1975), o suicídio pode ser considerado como o resultado final da falta de sentido à existência; a recusa em refletir sobre a morte como um acontecimento singular, que impede o homem de redefinir seus valores:

(...) é preciso resgatar, no mundo atual, a consciência da morte, o que não deve ser entendido como uma preocupação mórbida, doentia. Não estamos sugerindo que o homem deva viver obcecado, obstinado, pela morte inevitável. Tal atitude seria pessimista e paralisante. Ao contrário, pensamos que, ao assumir a finitude da vida, podemos reavaliar nosso comportamento, nossas escolhas e proceder a uma diferente hierarquização de valores (ARANHA e MARTINS, 1986, p.370).

Durant (1956), ao correlacionar a morte com a vida, relata que uma das funções da filosofia é proporcionar à vida uma significação que frustrate a morte. A sabedoria demonstra que a finitude é uma decomposição, é parcial; atinge vidas, mas não atinge a vida como um todo. Os indivíduos falham, mas a vida vence. “O indivíduo morre, mas a vida, incansável e insuscetível de desânimo, continua querendo, procurando, planejando, experimentando, alcançando e vencendo (...) a morte... não passa da remoção do lixo, do inútil” (p.518).

No entanto, Morente e Bengoechea (1960), ao refletirem ontologicamente sobre o problema da morte consideram-lhe um fenômeno da vida:

(...) pero y la muerte? éste es el gran problema de la metafísica existencial. Cómo vamos a resolver el problema de la muerte? yo no puedo, ni mucho menos, dar aquí una solución a ese problema de la muerte. Sólo podría, quizá, indicar alguna vaga consideración acerca del lugar topográfico por donde habría que ir a buscar la solución de ese problema, y es la consideración siguiente, hecha con la terminología que nos es ya familiar: y es que la muerte está en la vida; es algo que le acontece a la vida. Por consiguiente, la muerte u la vida no constituyen dos términos homogéneos, en un mismo plano ontológico, sino que la vida está en el plano ontológico más profundo, el primordial, el plano del ente auténtico y primario, mientras que la muerte, que es algo que acontece a la vida, en la vida, está en el plano derivado de los entes particulares, de las cosas reales, de los objetos ideales y de los valores (MORENTE e BENGOCHEA, 1960, p.347).

Hessen (1980) busca o sentido da vida em um pensamento de Kant; relata que uma das preocupações agravantes para o viver do homem, consiste em saber como ele desempenhará a

sua missão no mundo e, inclui o que fazer para conseguir ser verdadeiramente homem; define Hessen (1980), assim, a suprema exigência que se põe à vida humana:

(...) não é mais do que o problema hoje chamado de *sentido da vida*, onde o sentido duma coisa é na medida em que essa coisa pode servir para a realização dum valor. Só partindo da noção dum valor ao qual se acha referido qualquer fato ou ser, é que podemos falar do sentido desse fato ou ser. Por conseguinte, se quisermos saber qual é o sentido da vida humana, teremos de começar por inquirir acerca do fim supremo do homem e do seu último destino (HESSEN, 1980, p.241).

Segundo Linhares (2008), Kant se opunha ao suicídio por razões morais. Para esse pensador, suicidar-se seria ofender a dignidade da pessoa humana. Kant entendia que quem comete esse ato põe fim à sua existência moral e, em face de sua ideia sobre a dignidade suprema da pessoa como um fim em si mesmo, o homem para ele, seria uma fonte de atos morais e, “está obrigado, enquanto humano, a conservar sua própria vida” (KANT, *apud* LINHARES, 2008, p.197).

Este capítulo procurou mostrar que na antiguidade a visão do suicídio era cultural, principalmente no mundo cristão, onde se julgava ser um pecado contra Deus e que, após o período moderno, conceitos outros para a sua explicação, foram surgindo a partir do desenvolvimento científico.

### **2.1.2 O suicídio na atualidade**

Hodiernamente o suicídio deixou de ser um problema filosófico e/ou religioso, para tornar-se um caso de saúde pública. As classificações para o suicídio variam de autor para autor, de cultura para cultura; algumas apresentam o suicídio como um ato voluntário de coragem e de honra, para outras um auto-assassinato e/ou autocídio. O suicídio pode “trazer a ideia de tragédia, desespero, irritação, mistério, erro, vergonha, pedido de ajuda, alívio, heroísmo, covardia, últimas palavras, protesto”, entre outros fatores (NARDI, 2006, p.105).

A palavra suicídio, conforme Saraiva (2006) é originária do adjetivo latino *occiduus*, que significa aquilo que se põe que vai declinando, que se aproxima de seu termo final, no sentido da saída deliberada para fora da vida; em contraposição à palavra latina *mortuus*, que significa privado da vida não por vontade própria. Por isso, neste trabalho, convenientemente, a pesquisa visou o pretense autor consciente do ato suicida, aquele com a capacidade de se

interpretar, de se compreender, de se assumir e de tomar decisões, pois o suicídio não é a fraqueza ante a morte, mas sim a potência em antecipá-la.

O uso literal da palavra suicídio surge no século XVII, no auge do Iluminismo; quando as expressões e/ou termos utilizados para categorizar os óbitos auto-infligidos eram: auto-assassinato, auto-homicídio, autodestruição e morte voluntária (Palhares e Bahls, 2003). Conforme pontua Dastur (2002 p. 77-89): “A morte é um simples fato como o nascimento; vem do exterior e nos transforma do exterior”. No fundo, ela não se distingue de forma alguma do nascimento “(...) o suicídio, na verdade, não é, de forma alguma, uma realização de própria morte, mas simplesmente a provocação do falecimento (...) o suicida adquire a competência de dar fim à existência de si”.

Desta forma é imperioso separar a morte da finitude, esta entendida como uma moção em direção à morte. A disponibilidade ao suicídio considera a si próprio como meio, e se rebaixa ao nível de um simples instrumento. “É muito significativo a este respeito que, em Luto e Melancolia, Freud acentue que a análise da melancolia nos ensina que o “eu” não pode se matar, a não ser quando analisado como um objeto e, que ele volte contra si mesmo a hostilidade que visava ao objeto” (DASTUR, 2002, p. 84).

O corpo, nesta concepção passa a ser o instrumento para que o homem provoque o falecimento de si. Para Freud (*apud* Kalina e Kovadloff, 1983), o objeto é o corpo, como exemplo: a hostilidade que possuo de qualquer outra coisa, eu volto contra o objeto que é o meu corpo; o suicídio. Desta forma, o corpo é o último reduto do sujeito, no qual ele ainda pode exercer a sua plena liberdade de decisão. Consequentemente, o suicídio é o ato final de uma história, onde o sujeito pode nele encontrar o ápice da glória de ser o protagonista principal. “O homem, sem dúvida alguma, é o pior inimigo de si mesmo e do planeta” (KALINA e KOVADLOFF, 1983, p. 12).

Esta reação psicótica chamada suicídio é o resultado de uma indução e não de uma determinação individual. A macrossociedade e as microexpressões da mesma (familiar) ensinam – de forma manifestar ou sublimar – os modelos de conduta que cada pessoa adota. Se o suicida é um condenado a morte que executa a sentença fatal com suas próprias mãos, então é evidente que seus juízes e verdugos indiretos só podem estar “pó trás” do gesto aparentemente autônomo que lhe tira a vida (KALINA e KOVADLOFF, 1983, p. 18).

Desta forma, para o suicida, o suicídio não é um ato prescindível, ele não é o executor subserviente de uma ordem exterior e as necessidades decorrentes desta. “Matar-se é uma

forma, a *sua* forma de rebelião e submissão. Através do suicídio, agride enquanto produz remorso e culpa: *o suicídio, em suma, é a resolução psicótica de uma interação criminosa*” (KALINA e KOVADLOFF, 1983, p. 20).

Kalina e Kovadloff (1983) relatam que até dois séculos passados, a sociedade àqueles que tentavam o suicídio, os tinham como quem atentava contra princípios orientadores da existência na sociedade e, eram repudiados pelas leis existentes que lhes predicavam como marginais. É conseqüentemente, pela análise desse potencial reflexivo e latente do pré-ato que distinguiremos o campo de atuação de uma equipe interdisciplinar.

Todavia, devido à complexidade da conduta autodestrutiva, somente um enfoque psicológico não seria suficiente para encontrar respostas, para uma possível prevenção e esclarecimento deste fenômeno, visto que o suicida ao se produzir como objeto de sua finitude, nesta pode não ver o fim último, mas a saída para além, para fora da vida vivida:

O problema consiste, em se perguntar, vendo na morte um fim, não interpretaríamos nossa existência a partir de um modelo inadequado, da artificialidade bruta da natureza? A finitude jamais é o que dá sentido à vida; é, ao contrário, o que lhe rouba, por princípio, todo o seu significado (DASTUR, 2002, p. 88-90).

Gama (1987, p.14), pontua que o suicídio por muito tempo foi considerado um problema filosófico, porém de igual forma é considerado um problema ligado à desorganização social. Fatores surgidos nas ultimas décadas como o crescimento da população urbana, incidentes culturais e religiosos, desemprego, tem contribuído em todo o mundo para o aumento dos autocídios.

Para D’Assumpção *et.al* (1984, p.62): “ todo mundo tem direito a viver a sua própria morte. Este direito deve ser reconhecido mas não imposto e, menos ainda monopolizado”. O suicídio, interpretado sob uma visão filosófica, poder ser uma prerrogativa do indivíduo:

Cada homem é colocado diante da questão relativa ao tempo em que deve terminar sua vida. De fato, isso caracteriza o homem e revela sua natureza essencial. O homem em ação forma seu próprio destino e exerce suas prerrogativas. O suicídio revela justamente o uso de uma prerrogativa. Aquele que podem matar outros pode matar a si mesmo, tornado-se ao mesmo tempo vitima e assassino. A possibilidade e risco do suicídio é uma responsabilidade do ser humano (CAMUS, *apud*, GAMA, 1987, p.11).

De acordo com Kovács (1992) e Minayo (2007), avaliar o fenômeno do suicídio, consistiu sempre em uma ousadia de interpretações pela sua amplitude e complexidade. Visto que cada indivíduo possui a sua história social-pessoal e cultural, que refletem características pessoais de personalidade, as quais determinam suas experiências com a vida e com a morte.

Sua interpretação histórico-cultural tem passado por vários olhares, desde o senso comum que o considera como um desvio de comportamento, a religião que sempre o julgou como uma afronta a Deus, as teorias contemporâneas que o compreendem como resultado de doenças mentais e algumas correntes filosóficas (COSTA e SILVA, 2008, p. 5).

O suicídio é um ato voluntário e premeditado de interrupção da vida, realizado por métodos simples ou violentos. Todos têm temores e receios, que no momento do desespero, da falta de esperança, revela como única saída, a morte: “não se tem o direito de interditar a um homem escolher sua própria morte, e não há nem pessoas nem instituições que tenham legalmente vocação para se apoderarem da morte dos outros” (D’ASSUMPCÃO *et.al*, 1984, p.62).

No próximo item serão apresentados os métodos de autodano utilizados pelos suicidas.

## 2.2 MÉTODOS UTILIZADOS PELOS SUICIDAS

Os métodos mais utilizados pelos suicidas para tirar a vida são os mesmos em todos os países, tanto físicos como psicológicos resultantes de fatores culturais. Os mais comuns são: armas de fogo; instrumentos cortantes e penetrantes; envenenamento (método que de certa forma, antevê a possibilidade de salvamento); enforcamento; lançamento em quedas livres de grandes alturas (pontes, edifícios, etc.); atear fogo contra si; jogar-se na frente de veículos em movimento (BAHLS e BOTEGA, 2007).

O uso de um método que não seja tão fatal, não indica essencialmente que a tentativa é menos séria. Apesar dos métodos variarem de cultura para cultura, de época e lugar, existe uma diferença na escolha do autodano entre as mulheres e os homens.

Os homens tendem a usar métodos mais violentos, enquanto que as mulheres utilizam mais o método do envenenamento, como expõe Bahls e Botega (2007, p.164) “existem uma diferença preferencial por meios de suicídio entre homens e mulheres. Os homens tendem a



empregar métodos mais violentos, embora esses métodos pareçam estar aumentando hoje entre as mulheres”. Em uma pesquisa realizada no Brasil por Lovisi, Santos, Legay, Abelha e Valencia (2009, p.88) os percentuais identificados nos métodos usados para o suicídio são os seguintes:

(...) Os mais predominantes: enforcamento (47,2%); armas de fogo (18,7%), outros métodos (14,4%) e envenenamento (14,3%). Quando o envenenamento foi o método de suicídio utilizado, 41,5% cometeram suicídio usando pesticidas e 18% usando medicamentos. Em relação ao número total de mortes ocorridas em casa, 64,5% foram causadas por enforcamento e 17,8% por armas de fogo. Por outro lado, de todas as mortes por envenenamento, 37,1% aconteceram no hospital e apenas 5,8% em casa. Nas ruas ou áreas públicas, a maioria das mortes envolveu o uso de armas de fogo (24,7%).

Segundo Bahls e Botega (2007, p.164) os suicídios mais violentos e propositais geralmente ocorrem com pessoas mais velhas. Entretanto, a intencionalidade suicida não deve ser desconsiderada se o método utilizado, envolver menor risco para a vida.

Segundo os referidos autores, em um levantamento de dados realizado no Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da Unicamp, em atendimentos de tentativas de suicídio, o uso de medicamentos como um método de autodano foi significativo e, apresentou os seguintes percentuais: 50% dos casos de suicídio utilizaram benzodiazepínicos; 16% barbitúricos; 13% utilizaram analgésicos; 13% antibióticos, entre outros psicofármacos não registrados.

Os métodos de suicídio mais comuns no Brasil são: o enforcamento, armas de fogo e envenenamento. Os métodos usados para cometer suicídio dependem de costumes específicos do lugar, como também dos diferentes contextos históricos. Estudos antropológicos têm mostrado que a escolha do enforcamento na região Sul é culturalmente definida. O uso de armas de fogo pode ser explicado pelo desejo das populações urbanas de se proteger da violência, assim como pelo fato de as armas estarem facilmente disponíveis no Brasil. A OMS relatou que o envenenamento por pesticida constitui uma importante questão de saúde mundial, principalmente em países em desenvolvimento (LOVISI *et.al*, 2009, p.94).

Os percentuais dos métodos utilizados pelos suicidas por regiões brasileiras são:

Na maioria das regiões, os métodos de suicídio mais comumente utilizados foram o enforcamento, armas de fogo e envenenamento, enquanto que na região Nordeste enforcamento (48,8%), envenenamento (18,2%) e armas de fogo (16,9%) foram os métodos de suicídio predominantes. No Sudeste, enforcamento (39,6%), outros métodos (24,2%) e armas de fogo (16,5%) predominaram. Nos casos de suicídio por envenenamento, destacou-se o uso de pesticidas, particularmente nas regiões Sudeste

(29,7%), **Sul (28,6%)** e Nordeste (19,8%). As maiores taxas com o método de suicídio do uso de medicamentos foram encontradas nas regiões Sudeste (7%), Sul (4,1%) e Nordeste (3,7%). Os homens predominaram em todos os métodos utilizados, com a exceção do uso de medicação, no qual as mulheres registraram porcentagens mais altas (48,6% x 51,4%) (**g.m.**) (LOVISI *et.al*, 2009, p.90).

Outro fator importante da diferença entre homens e mulheres quanto ao suicídio são os dados socioeconômicos, que nas capitais contribuem com o risco de morte por suicídio (BERTOLOTE e FLEISCHMANN, 2004).

Este capítulo teve como objetivo apresentar os métodos de suicídio mais comuns, assim como expor dados numéricos de pesquisa realizados no Brasil sobre este tema. O capítulo seguinte apresentará os tipos de suicídios.

### 2.3 TIPOS DE SUICÍDIOS

O suicídio laboral pode estar relacionado ao desemprego, stress decorrente do trabalho, assédio moral; depressão decorrente ou não do trabalho; péssima qualidade de vida no trabalho, condições insalubres; crise econômica do trabalho ou financeira familiar, péssimo clima organizacional; dupla jornada de trabalho; crises conjugais, lutas espirituais, enfermidades incuráveis, perda de algum ente querido ou amigo próximo, angústia emocional, abuso de álcool, uso de substâncias tóxicas, entre outros fatores.

(...) O profissional já não suportando a situação, julgando-a insustentável, cede por vez aos caprichos dos tiranos. Decide por fim à sua carreira profissional, seja ela em que ponto se encontra. Seja o tempo que for. Cinco, dez, quinze, vinte anos, não importa, assim como o suicídio tradicional, o laboral não escolhe idade, classe social, raça, cor, religião. O suicida laboral, depois de ter demonstrado a todos as suas amarguras e insatisfações, desiste. Torna-se um paranoico, muitas vezes obcecado por receituários médicos a fim de validar seus argumentos e suas dores, pois que suas palavras perderam o crédito. É comum nessa etapa a entrega ao fumo, ao álcool, às drogas (...) (MARTINS, 2009, p.68-69).

Como observado o suicídio decorre de diversos fatores: “nasce da dor, fracasso, solidão, rejeição, rancor acumulado, cansaço, fadiga, superego ferido, sentimento de culpa real e/ou imaginários, estados psicopatológicos, disposições orgânicas- psíquicas, natureza do meio físico” (GAMA, 1987, p.14).

Dentre os aspectos gerais dos fatores pelos quais um indivíduo se suicida faz-se importante diferenciar os tipos de suicídio; *Suicídio Egoísta*; *Suicídio Altruísta* e *Suicídio Anômico*, ambos proposto por Durkheim (1897).

O *Suicídio Egoísta* é um estado onde os vínculos afetivos e sociais entre o indivíduo e os outros, na sociedade, é frágil, deste modo o indivíduo encontra-se fracamente unido à sociedade, e a finitude de sua vida, apresentará pouco ou nenhum impacto à coletividade. Visto que os vínculos sociais e afetivos não são suficientes para evitar o suicídio, para Durkheim, este tipo de suicídio é visível nos casais divorciados, onde aquele que esta sofrendo demais com o rompimento, mata-se para por fim a sua angústia. É “caracterizado por um estado de depressão e de apatia, fruto de um individualismo exagerado [...] no meio do tédio e do aborrecimento [...] o vínculo que liga o homem à vida se distende, porque o vínculo que o liga à sociedade também se distendeu.” (DURKHEIM, 1897, p.381).

O autor estabelece três pressupostos do *Suicido Egoísta*; “1°. O suicídio na razão inversa do grau de integração na sociedade religiosa; 2°. O suicídio varia na razão inversa do grau de integração na sociedade doméstica; 3°. O suicídio varia na razão inversa do grau de integração na sociedade política” (DURKHEIM *apud* Nunes, 2004, p. 97).

Quanto mais se enfraquecem os grupos sociais a que ele (indivíduo) pertence, menos ele dependerá deles, e cada vez mais, por conseguinte, dependerá apenas de si mesmo para reconhecer como regras se conduta tão somente s que se calquem nos seus interesses particulares. Se, pois, concordamos em chamar de egoísmo essa situação em que o eu individual se afirma com excesso diante do eu social e em detrimento deste último, podemos designar de egoísta o tipo particular de suicídio que resulta de uma individualização desconhecida (DURKHEIM, 1897, p.162).

Outro tipo de suicídio proposto por Durkheim (1897, p. 168) é o *Suicídio Altruísta*, e se caracteriza como o oposto do *Suicídio Egoísta*: “se, como acabamos de ver, uma individualização excessiva leva ao suicídio, a individualização insuficiente produz os mesmos efeitos. Quando desligado da sociedade, o homem se mata facilmente, e se mata também quando está integrado a ela em demasia”.

No *Suicídio Altruísta*, o suicida dado ser muito unido à sociedade, dela é totalmente dependente, não possui vida própria, vive a vida dos outros. Estes indivíduos cometem o suicídio porque acreditam que a finitude de sua vida, poderá servir como benefício para a

coletividade. Como exemplo deste tipo de suicídio, são os homens-bomba que cometem o suicídio como sacrifício em prol de uma comunidade ou de uma causa.

Durkheim (1897) considerou que este tipo de suicídio é endêmico em sociedades inferiores e, possui explicações históricas, classificando-o em três categorias: “1- Suicídios de pessoas que chegaram ao limiar da velhice ou adoeceram; 2- Suicídios de mulheres por ocasião da morte do marido; 3- Suicídios de clientes ou servidores, ao ensejarem a morte dos seus chefes” (DURKHEIM *apud* Nunes, 2004, p. 97).

Durkheim (1879) apresentou por ultimo o *Suicídio anômico*, que se apresenta pela existência de uma condição débil na regulação social, no acatar e seguir as normas da sociedade para com o indivíduo. São crises, isto é, perturbações da ordem coletiva, que aumentam o suicídio.

A anomia provoca um estado de desespero e de cansaço exasperado que pode (...) virar-se contra o próprio indivíduo ou contra outrem logo pode levar tanto ao suicídio como ao homicídio, o que difere entre eles é a (...) constituição moral (...) que cada indivíduo possui (DURKHEIM, 1879, p.383).

Este tipo de suicídio aparece com mais frequência, quando as mudanças são dramáticas nas situações de crises econômicas e/ou sociais, familiar-conjugal. Acontece principalmente quando as regras sociais e as leis governamentais da sociedade não correspondem com os objetivos de vida do indivíduo.

Para Durkheim (1879), “ao *Suicídio Egoísta* corresponde a apatia e secundariamente a melancolia; ao *altruísta*, energia passional ou voluntária e sentimento do dever; ao *Anômico* corresponde irritação, desgosto e, como variedade secundária, queixas contra a vida” (NUNES, 2004, p. 100). Bastos (2006, p. 112), em seu livro apresenta um quarto tipo de suicídio proposto por Durkheim (1879), o *Suicídio Fatalístico*:

Suicídio fatalístico: situação em que a regulação normativa não só está presente, como também é levada aos extremos entre os elementos dos grupos. Pensamos nos agrupamentos em que o “sentimento grupal”, denotado por suas leis, regulamentos e normas, impõe-se sobre o desejo e a singularidade dos indivíduos. Tal fato é comum nos suicídios de religiosos fanáticos, ou em qualquer outro segmento que leva a questão das normas e dos preconceitos às últimas consequências (BASTOS, 2006, p.112).

Durkheim (1879, p.239) relata que “é a constituição moral da sociedade que determina a cada instante o contingente das mortes voluntárias. Existe, pois para cada povo, uma força coletiva, de determinada energia que impele os homens a se matarem”. A sociedade atribui à existência do indivíduo e, dele exige severamente um comportamento moldado, adequado, enquadrado nas suas normas, regras, estilos. Quando este indivíduo não reage desta forma, é acometido pelo sofrimento psíquico que nasce da desaprovação entre as suas aspirações (vontades) e as suas satisfações não realizadas.

No item seguinte será apresentado o perfil Epidemiológico do Suicídio no Brasil.

#### 2.4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO SUICÍDIO NO BRASIL

A pesquisa epidemiológica dos suicídios realizados no Brasil, realizada por Lovisi *et.al* (2009), entre os anos de 1980 e 2006, apresentou um total de 158.952 mortes por suicídio, excluindo apenas aqueles nos quais o indivíduo tinha menos que 10 anos de idade (em número de 68). Deste modo, o número total de suicídio no Brasil, neste período, cresceu de 4,4 para 5,7 mortes por 100.000 habitantes (29,5%).

Os percentuais de mortes por suicídio permaneceram estáveis entre 1980 e 1994, “com uma média de 4,5 mortes por 100.000 habitantes. No triênio 1995-1997, estas taxas aumentaram para um nível médio de 5,4 mortes por 100.000 habitantes, permanecendo estáveis até 2006” (LOVISI *et.al* , 2009, p.88).

A taxa de mortalidade entre os homens foi estável durante o triênio 1992-1994, com uma média de 5,1 mortes para cada 100.000 habitantes, enquanto entre as mulheres tiveram uma média de 1,7 mortes para cada 100.000 habitantes. No triênio 1995-1997, houve um aumento considerável na taxa de suicídio entre os homens. Deste triênio até o fim do período estudado, estes níveis permaneceram estáveis numa média de 7,0 mortes para cada 100.000 habitantes. A proporção entre taxa de suicídio e gênero indica fortemente uma maior mortalidade entre os homens, com um aumento de 52% durante o período estudado, passando de 2,5 a 3,8% (LOVISI *et.al* , 2009, p.88).

O suicídio no Brasil tem percentuais significantes quanto ao gênero masculino, e variam de região para região. Segundo Lovisi *et.al* (2009) (Gráfico 01), “enquanto o aumento da taxa de suicídio entre as mulheres foi bem menor (1,0%), os homens apresentaram um aumento de 58% durante o período de 26 anos coberto pelo estudo” (p. 88).

Regiões	1980 a 1982		1983 a 1985		1986 a 1988		1989 a 1991		1992 a 1994		1995 a 1997		1998 a 2000		2001 a 2003		2004 a 2006	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Norte	2,5	1,2	2,7	0,9	3,0	1,1	3,4	1,0	3,5	1,2	4,0	1,3	4,3	1,4	4,7	1,5	4,9	1,4
Nordeste	2,0	0,8	2,0	0,7	2,0	0,6	2,4	0,8	3,0	0,8	3,7	1,0	3,7	1,0	4,9	1,4	5,8	1,5
Sudeste	5,2	2,1	5,4	2,0	5,2	1,8	5,3	1,8	6,0	1,6	6,8	1,7	6,1	1,4	6,5	1,6	6,5	1,7
Sul	9,0	3,4	10,8	3,6	10,1	3,3	10,4	3,4	11,2	2,9	13,4	3,2	13,9	3,1	13,4	2,9	13,2	3,0
Centro-Oeste	4,3	2,0	4,8	2,0	5,3	2,4	5,7	1,8	7,2	2,3	9,0	2,6	8,8	2,5	9,7	2,7	9,1	2,8

Taxas por 100.000 habitantes.

**Gráfico 01:** Percentuais de suicídios por região e gênero no Brasil, entre os anos de 1980-2006.

**Fonte:** LOVISI *et.al* (2009, p.88).

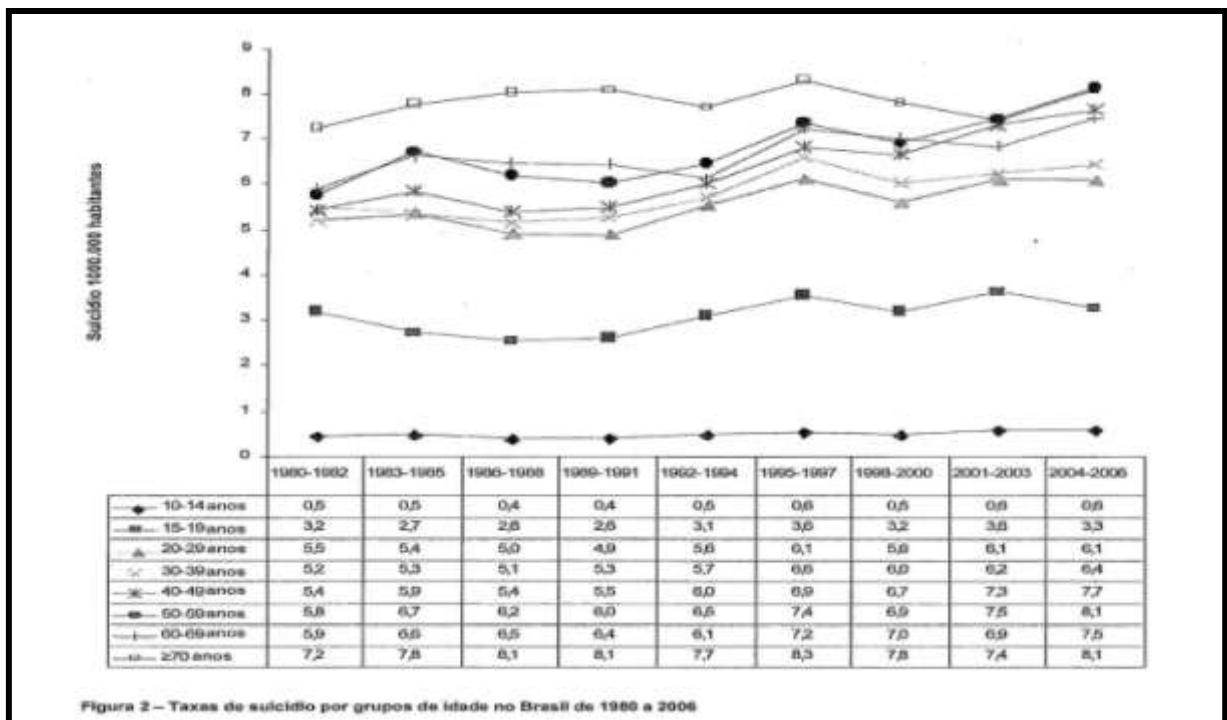
Em 2003 no Brasil o número de suicídios foi de 7.861 ocorrências, correspondendo a 1% do total de mortes. Os percentuais mais altos de suicídios foram encontrados no grupo etário de homens com idade entre 20 e 29 anos totalizando 3,4%, enquanto que para as mulheres se deu na grupo entre 15 e 19 anos, onde o percentual encontrado foi de 4,0% (BAHLS e BOTEGA, 2007).

Segundo os autores citados, no Brasil o coeficiente de mortes por suicídio, é de 4.000 para cada 100.000 habitantes, todavia este índice aumenta com a idade, elevando para 3,7 vezes maior entre os homens comparativamente as ocorrências com mulheres. O suicídio no Brasil é a matéria de capa da Revista Debate: Psiquiatria Hoje (jan/fev de 2010, p.10) a qual mostra que todo dia morrem no Brasil 24 pessoas por esse ato.

Suicídio é mais que uma questão filosófica ou religiosa, é um problema de saúde pública. Segundo a OMS (2001), ele é responsável por 24 mortes diárias no Brasil e três mil no mundo, além das 60 mil tentativas. O suicídio está relacionados a 90% dos casos que envolvem problemas de saúde mental; sendo a terceira causa de mortes entre jovens de 15 e 35 anos, o que trás enorme preocupação aos profissionais que trabalham no atendimento destes casos. Apesar da relevância e da incidência, levantamentos da OMS (2001) indicam

que o problema é negligenciado. Ao contrário de outras causas externas de óbito, como acidentes de trânsito e homicídios, o número desses casos cresceu 60% nos últimos 45 anos.

Em relação à idade dos suicidas no Brasil (Gráfico 02), há uma predominância de pessoas com mais de 70 anos, uma média de 7,8 suicídios para cada 100.000 habitantes; entre 50 e 59 anos e 60 e 69 anos um percentual de 6,8 e 6,7 suicídios para cada 100.000 habitantes.



**Gráfico 02:** Percentuais de suicídios por idade no Brasil, entre os anos de 1980-2006

**Fonte:** LOVISI *et.al* ( 2009, p.89).

Para as pessoas com a idade entre 40 a 49 anos os percentuais foram os mais altos totalizando 43% durante o período dos últimos 26 anos (LOVISI *et.al*, 2009). As taxas de suicídio cresceram mais entre os indivíduos com idades entre 20 e 59 anos (30%), do que entre aqueles com idade maior que 60 anos (19%). A taxa de suicídio mais baixa foi observada no grupo com idades entre 10-14 (mediana de 0,5 para cada 100.000 habitantes) e 15-19 (mediana de 3,1 para cada 100.000 habitantes), com um crescimento de 20% e 30%, respectivamente (LOVISI *et.al*, 2009, p. 88).

Entre os principais riscos de suicídio com histórico de tentativas anteriores, encontramos as doenças mentais que correspondem a 90% (Revista Debates, 2010). As principais doenças mentais que indicam uma forte intenção suicida são: a depressão o abuso/dependência de álcool e drogas, incluindo como de igual relevância a ausência de apoio social, o histórico de suicídio na família, eventos estressantes e características sócias

demográficas, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional (LOVISI *et.al*, 2009, p.87).

Os percentuais de mortes por suicídio relacionado às características sócias demográficas e clínicas-epidemiológicas analisados entre 1980-2006, segundo Lovisi (*et.al*, 2009, p. 88) apresenta números expressivos; em homens (77,3%) com a idade entre 20 e 29 o percentual foi de 34,2%; sem companheiro/companheira (44,8%); com pouca educação formal (38,2%).

Segundo Lovisi (*et.al*, 2009, p. 88), com uma média de 9,3 mortes para cada 100.000 habitantes a região Sul, apresentou as maiores taxas de suicídio, seguida pela região Centro-Oeste, com uma média 6,1 mortes para cada 100.000 habitantes. As regiões que apresentaram as taxas de suicídio mais baixas foram a região Nordeste, uma média de 2,7 mortes por 100.000 habitantes, e a região Norte, com uma média de 3,4 mortes por 100.000 habitantes. Entretanto, os maiores aumentos foram vistos na região Nordeste, que experimentou um incremento de 130%, e na região Centro-Oeste um aumento de 68% entre 1980 e 2006 (p.90).

As cidades brasileiras com os maiores números de suicídios por número de habitantes estão distribuídas na tabela 01 a seguir:

**20 maiores coeficientes de suicídio em cidades com pelo menos 50 mil habitantes (média do triênio 2005 – 2007)**

<b>Cidade</b>	<b>Estado</b>	<b>População em 2006</b>	<b>Coeficiente de Suicídio</b>
<b>Venâncio Aires</b>	RS	67.373	<b>26,2</b>
<b>Lajeado</b>	RS	67.556	<b>19,4</b>
<b>Caicó</b>	RN	61.705	<b>15,8</b>
<b>Santa Rosa</b>	RS	69.988	<b>15,7</b>
<b>Vacaria</b>	RS	62.263	<b>15,7</b>
<b>Boa Viagem</b>	CE	52.072	<b>15,5</b>
<b>Gaspar</b>	SC	54.395	<b>15,2</b>
<b>Itaúna</b>	MG	84.602	<b>15,2</b>
<b>Dourados</b>	MS	186.357	<b>15,1</b>
<b>Guaxupé</b>	MG	52.526	<b>15,0</b>
<b>São Borja</b>	RS	67.788	<b>14,6</b>
<b>Canguçu</b>	RS	52.245	<b>14,5</b>
<b>Uruguaiana</b>	RS	136.365	<b>14,3</b>
<b>Tianguá</b>	CE	68.466	<b>14,2</b>
<b>Passo Fundo</b>	RS	188.303	<b>13,9</b>
<b>Santa Cruz do Sul</b>	RS	119.804	<b>13,9</b>
<b>Tailândia</b>	PA	53.753	<b>13,8</b>
<b>Sapiranga</b>	RS	78.994	<b>13,8</b>
<b>Curvelo</b>	MG	73.791	<b>13,5</b>
<b>Russas</b>	CE	<b>65.268</b>	<b>13,5</b>

**Tabela 01:** Cidades Brasileiras com maiores os percentuais de suicídios.

**Fonte:** SVS, Ministério da Saúde (*in* Botega, 2010, p.10).



Nota-se na tabela 01, o predomínio das cidades do Rio grande do Sul, o que leva a concretizar estudos que apontam o Estado como o primeiro nas causas de óbitos por suicídio. De igual forma, na região Sul que mais se cometem suicídios.

O capítulo seguinte apresentará um estudo sócio demográfico dos Suicídios em Santa Catarina.

## 2.5 ESTUDO SÓCIO DEMOGRÁFICO DO SUICÍDIO EM SANTA CATARINA

Segundo informações do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade, 2013), as mortes por suicídios no estado de Santa Catarina, entre os anos de 1996 e 2012, somaram 7441 (Tabela 2). Segundo Kaplan e Sadock (2007) a taxa mais alta de suicídios em homens está relacionada com os métodos: arma de fogo, enforcamento, saltos de lugares altos, enquanto as mulheres utilizam métodos menos violentos como superdosagem de substâncias psicoativas ou venenos.

Segundo *American Psychiatric Association* (APA, 2008), a ameaça objetiva associada à ação ou ao método de suicídio, são danos intencionais acompanhados de atos dolorosos, destrutivos ou lesivos a si sem a intenção de morrer. É importante identificar quais foram os métodos utilizados em tentativas anteriores, que serve como indicador do grau de letalidade da intenção suicida, tais como: aproximar uma arma da cabeça, subir em lugares altos e não pular, andar no meio da rua a desviar dos carros, fazer um nó em uma corda e guardá-la, dirigir em alta velocidade alcoolizado, etc.

Segundo Angerami (1997, p.31) o suicídio é um ato sempre revestido de muita violência, até mesmo quando do ato não se tem qualquer sinal aparente de dor física, ainda assim, a violência é iminente, transcendendo toda e qualquer conceituação: “E, se o suicídio apresenta marcas tão profundas e verdadeiras quando de seu questionamento, indica que a própria estruturação dos valores sociais é colocada em risco diante de seu surgimento”.

Segundo a APA (2008, p.974) cerca de um terço dos indivíduos com ideias suicidas, efetivamente, planejam seus suicídios, e cerca de três quartos acabam por fazer pelo menos uma tentativa, porém isto não é regra: “outros indivíduos, no entanto, tentam o suicídio de

maneira não planejada e, assim, a presença de um plano de suicídio significa que o risco de uma tentativa posterior será maior, mas de forma alguma indica que esta vai mesmo ocorrer ou em que momento”.

A ausência de um planejamento formal de suicídio, não elimina o risco de tentativa ou ocorrência, todavia a presença deste envolvendo um método qualquer, sinaliza evidentemente um grau maior de risco. “A disponibilidade de métodos com níveis relativamente altos de letalidade pode aumentar a probabilidade de que uma tentativa de suicídio, planejada ou impulsiva, que resulte na morte” (APA, 2008, 975).

<b>Suicídios</b>	<b>96</b>	<b>97</b>	<b>98</b>	<b>99</b>	<b>2000</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>08</b>	<b>09</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>Total</b>
Suicídio por enforcamento, estrang e sufocação	271	282	271	274	300	322	311	285	296	336	280	332	337	380	386	358	268	5289
Suicídio por arma de fogo	66	85	74	73	75	78	66	61	54	52	44	62	65	55	47	45	29	1031
Suicídio por intoxicação por pesticidas	4	10	21	9	8	8	14	11	13	14	8	9	17	19	9	17	10	201
Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas	3	7	6	9	10	16	11	13	9	10	17	16	27	20	14	31	21	240
Suicídio por intoxicação por outr prod quim NE	8	3	1	1	4	0	1	2	6	3	7	4	3	5	6	3	4	61
Suicídio por afogamento submersão	8	8	9	4	9	11	18	9	9	14	1	12	12	11	15	31	6	187
Suicídio por precipitação lugar elevado	6	6	4	1	5	6	4	5	12	8	2	5	6	7	9	12	8	106
Suicídio por objeto cortante penetrante	4	2	5	3	3	6	2	7	8	2	8	2	5	9	6	7	7	86
Suicídio por fumaça fogo e chamas	2	4	1	2	2	4	5	5	2	1	9	6	5	6	5	6	7	72
Suicídio por outros meios especificados	0	3	2	2	4	4	4	0	6	6	3	4	8	4	5	8	0	63
Suicídio por meios não especificados	9	6	9	11	6	8	1	7	7	3	7	5	4	4	9	5	4	105
<b>TOTAL</b>	<b>381</b>	<b>416</b>	<b>403</b>	<b>389</b>	<b>426</b>	<b>463</b>	<b>437</b>	<b>405</b>	<b>422</b>	<b>449</b>	<b>386</b>	<b>457</b>	<b>489</b>	<b>520</b>	<b>511</b>	<b>523</b>	<b>364</b>	<b>7441</b>

**Tabela 02:** Número de Suicídios por causas violentas em SC entre 1996-2012.

**Fonte:** Sistema de Informações de Mortalidade (2013, dados adaptados para este estudo).

O risco de suicídio, além de aumentar na presença da ideação, de planos ou de um método disponível, também é influenciado pelo desejo e pelas expectativas de dar fim a vida. Esse fator, geralmente é denominado intenção suicida. Segundo Pierce (*apud* APA, 2008), os pacientes tentam repetidas vezes o suicídio, as autolesões se tornam mais agressivas nas repetições. Um indivíduo que tentou o suicídio por envenenamento, em uma nova oportunidade tentará outro método, e assim sucessivamente, até dar cabo à vida.

### 2.5.1 Distribuição do número de Suicídios por Gênero

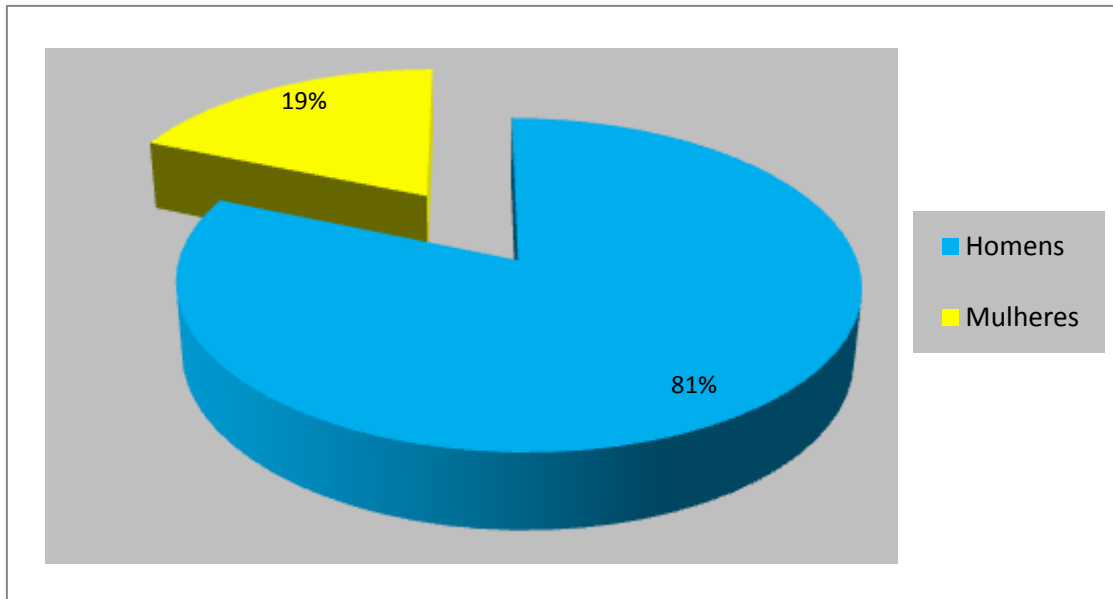
Quanto ao número de suicídio relacionado ao gênero, os percentuais encontram-se disposto na tabela 03;

<b>Suicídios</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>	<b>Total</b>
Suicídio por enforcamento/estrang e sufocação	4.450	864	5.314
Suicídio por arma de fogo	899	133	1.032
Suicídio por intoxicação por pesticidas	149	53	202
Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas	120	121	241
Suicídio por intoxicação por outr prod quim NE	43	18	61
Suicídio por afogamento submersão	113	75	188
Suicídio por precipitação lugar elevado	66	40	106
Suicídio por objeto cortante penetrante	71	17	88
Suicídio por fumaça fogo e chamas	39	34	73
Suicídio por outros meios especificados	53	10	63
Suicídio por meios não especificados	74	29	103
<b>TOTAL</b>	<b>6077</b>	<b>1.394</b>	<b>7471</b>

**Tabela 03:** Distribuição do número de Suicídios por Gênero entre 1996-2012.

**Fonte:** Sistema de Informações de Mortalidade (2013).

Os suicídios por gênero em Santa Catarina é semelhante aos dados encontrados no Brasil, ademais estes dados coincidem com os mundiais. Segundo a APA (2008, p.936) “as diferenças no risco de suicídio ligado ao gênero podem ser explicadas, por fatores que contribuem para o risco em geral, mas que estão presentes em graus distintos em homens e mulheres”. Os homens procuram menos ajuda que as mulheres, visto que não admitem a gravidade de seus sintomas e não aceitam tratamento. As mulheres, no entanto, tendem a serem menos impulsivas, aceita mais facilmente o apoio social, o que faz com que este gênero tenha uma taxa mais baixa de comorbidade patogênica. Outra forma de observar o número de suicídios relacionado ao gênero em Santa Catarina é com o gráfico 3;



**Gráfico 3:** Percentual do número de Suicídios por Gênero entre 1996-2012.

**Fonte:** Sistema de Informações de Mortalidade (2013).

Segundo a APA (2008), as mulheres que cometem suicídio possuem alguma doença depressiva, e ou foram abusadas sexualmente na infância/adolescência ou ainda na idade adulta, engravidaram sem desejar, ou desenvolveram uma depressão pós-parto. Quanto ao gênero masculino, se faz importante entender que o homem, culturalmente, necessita se sentir saudável e capaz em prover o sustento de sua família. Assim, o suicídio pode ser visto como uma opção, quando uma doença física séria compromete esta sua responsabilidade (APA, 2008, p.939).

Segundo Cataldo *et.al* (2003, p.668) no Brasil de 1980 a 1998, para cada três suicídios masculinos ocorreu um feminino. Outro fator identificado é que existem maiores programas de saúde de prevenção voltados para as mulheres do que para os homens. “O papel masculino e, em especial o papel de pai, tem sofrido desgastes [...] não só como decorrência da liberação feminina, mas como resultado de um processo cultural da pós-modernidade”. Para Cataldo *et.al.* (2003, p.688), as tentativas de suicídio atendidas nos prontos socorros hospitalares e nas salas de emergências médicas, em sua grande maioria, são de mulheres: “Elas vão aos prontos socorros, após terem tentado a auto extinção, onde são atendidas e retornam as suas casas. Poucos homens fazem esse movimento”.

As tentativas de suicídio são mais frequentes entre as adolescentes solteiras e entre os solteiros com cerca de 30 anos: “Embora as mulheres tentem suicidar-se com uma frequência

três vezes superior aos homens, estes consumam o ato suicida numa proporção quatro vezes superior a elas” (MERCK, 2010, p.2).

### **2.5.2 Distribuição do número de suicídios por escolaridade**

Quanto à escolaridade dos suicidas os números encontrados entre os anos de 1996 a 2012, por ano de banco de escola estão distribuídos na tabela 04. De acordo com estudos realizados por Kaplan, Sadock, e Grebb (1997), quanto mais alta a posição social do indivíduo, maior é o risco de suicídio. Entre as categorias profissionais, os dentistas, médicos, farmacêuticos, advogados, músicos.

<b>Suicídios</b>	<b>Nenhuma</b>	<b>1-3 anos</b>	<b>4-7 anos</b>	<b>8-11 anos</b>	<b>12 e+</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Total</b>
<b>Suicídio por enforcamento, estrang e sufocação</b>	196	659	1.086	478	153	993	3.565
<b>Suicídio por arma de fogo</b>	21	83	150	106	89	154	603
<b>Suicídio por intoxicação por pesticidas</b>	6	27	52	23	7	27	142
<b>Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas</b>	4	17	50	36	29	48	184
<b>Suicídio por intoxicação por outr prod quim NE</b>	4	11	10	9	7	6	47
<b>Suicídio por afogamento submersão</b>	9	31	41	13	6	38	138
<b>Suicídio por precipitação lugar elevado</b>	1	4	8	11	26	27	77
<b>Suicídio por objeto cortante penetrante</b>	5	13	19	14	4	11	66
<b>Suicídio por fumaca fogo e chamas</b>	2	9	10	11	4	20	56
<b>Suicídio por outros meios especificados</b>	0	3	11	8	3	18	43
<b>Suicídio por por meios não especificados</b>	7	9	12	9	7	12	56
<b>TOTAL</b>	255	866	1.449	718	335	1.354	4.977

**Tabela 04:** Distribuição do número de Suicídios por Escolaridade entre 1996-2012.

**Fonte:** Sistema de Informações de Mortalidade (2013).

Segundo Kaplan & Sadock (2007), dados recentes da Inglaterra e Escandinávia mostram uma taxa de suicídios entre médicos do sexo masculino, duas a três vezes maiores do que na população masculina em geral, da mesma idade. Nos Estados Unidos, a taxa de suicídio anual de mulheres médicas, é de aproximadamente 41 para cada 100.000 mulheres e, de 12 para cada 100.000 entre as mulheres brancas com mais de 25 anos de idade. Esses estudos demonstraram que o médico que comete suicídio, geralmente tem um transtorno psiquiátrico, sendo que os três transtornos mais comuns encontrados entre eles são a depressão, a dependência de substâncias químicas e a dependência de álcool. Esse estudo ressalta que, frequentemente, o médico que cometeu suicídio experimentou recente dificuldade profissional, pessoal ou familiar.

Outro fator que o estudo apresenta é que esses profissionais quando cometem suicídio, frequentemente o fazem por super dosagem de substâncias e, em menor número por armas de fogo. Portanto, a disponibilidade de substâncias e o conhecimento acerca de sua toxicidade de determinadas substâncias, são fatores relevantes na escolha do método de suicídio.

No Brasil, segundo Hesketh & Castro (1978), em uma pesquisa realizada em Sobradinho e Planaltina (DF) os resultados relativos ao grau de escolaridade dos suicidas, indicavam superioridade escolar das mulheres em relação aos homens. “No que tange à profissão, os resultados apontam significativamente maior quantidade de mulheres estudantes do que aquelas que exercem funções auxiliares (doméstica, servente, auxiliar, etc.), e de homens em outras profissões (comerciário, agricultor, operário, etc.)” (HESKETH & CASTRO, 1978, p.141).

Para Angerami (1997), com a sua finitude o suicida não nos diz somente que já não suportava mais; fala de nós e para nós, para a sociedade como um todo, para demonstrar que não podia continuar nos tolerando. Ao suicidar-se atua conforme uma decisão que presume lhe pertença: “Isso implica que a conduta suicida, assim como a toxicomania, a poluição ambiental, etc., respondem a uma proposta, a uma educação e que, portanto, não há menor dose de autodestruição naqueles que ensinam a se matar, do que naqueles que aprendem a morrer” (ANGERAMI, 1997, p.22).

### **2.5.3 Distribuição do número de suicídios por idade 5 faixas etárias**

A tabela 05 apresenta a distribuição das idades das pessoas que cometeram suicídio em Santa Catarina entre 1996 a 2012.



<b>Suicídios</b>	<b>&lt; 10 Anos</b>	<b>10-19 Anos</b>	<b>20-49 Anos</b>	<b>50-64 Anos</b>	<b>&gt; 65 Anos</b>	<b>Ign</b>	<b>Total</b>
<b>Suicídio por enforcamento, estrang e sufocação</b>	1	283	3.059	1.266	702	3	5.314
<b>Suicídio por arma de fogo</b>	0	114	656	162	99	1	1.032
<b>Suicídio por intoxicação por pesticidas</b>	0	6	135	42	19	0	202
<b>Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas</b>	0	15	173	43	10	0	241
<b>Suicídio por intoxicação por outr prod quim NE</b>	0	4	34	18	5	0	61
<b>Suicídio por afogamento submersão</b>	0	8	117	37	25	1	188
<b>Suicídio por precipitação lugar elevado</b>	0	13	63	20	10	0	106
<b>Suicídio por objeto cortante penetrante</b>	0	0	55	19	14	0	88
<b>Suicídio por fumaca fogo e chamas</b>	0	7	48	14	4	0	73
<b>Suicídio por outros meios especificados</b>	0	5	42	11	5	0	63
<b>Suicídio por por meios não especificados</b>	0	4	67	18	13	1	103
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>459</b>	<b>4.449</b>	<b>1.650</b>	<b>906</b>	<b>6</b>	<b>7.471</b>

**Tabela 05:** Distribuição do número de Suicídios por Idade 5 Faixas etárias entre 1996-2012.

**Fonte:** Sistema de Informações de Mortalidade (2013).

A tabela 05 apresenta aumento de suicídios em pessoas com idade superior a 55 anos. Segundo Cataldo *et.al.* (2003, p.668): “os brasileiros idosos com mais de 60 anos, apresentam as maiores taxas, numa média de 13 suicídios para cada 100 mil homens dessa faixa etária”. Entretanto, também vem ocorrendo um aumento significativo de suicídios em adolescentes no Brasil; para Cataldo *et.al.* (2003, p.668) “A população mais vulnerável, em nosso país, é a dos homens adultos com mais de 20 anos de idade”. Entre 1980 a 1998 a taxa de suicídios para os homens era maior entre 20 e 59 anos, onde se identificou 9 suicídios para cada 100 mil homens da mesma faixa etária.

Para Cataldo *et.al.* (2003, p.668): “foi essa grande massa masculina que puxou a tendência de aumento dos suicídios, na última década do século 20”. Além disso, de 70 % as pessoas que se suicidam têm mais de 40 anos e a frequência aumenta nos acima de 60 anos, especialmente nos homens: “Em contraste, as tentativas de suicídio são mais frequentes antes de chegar à meia-idade. As taxas de suicídio são maiores nas áreas urbanas do que nas rurais” (MERCK, 2010, p.2).

#### **2.5.4 Distribuição do número de suicídios por raça/cor**

Quanto à raça/cor dos suicídios cometidos entre 1996-2012, os números estão distribuídos na tabela 06;

<b>Suicídios</b>	<b>Branca</b>	<b>Preta</b>	<b>Amarela</b>	<b>Parda</b>	<b>Indígena</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Total</b>
<b>Suicídio por enforcamento, estrang e sufocação</b>	4.130	82	4	215	4	879	5.314
<b>Suicídio por arma de fogo</b>	762	14	0	34	1	221	1.032
<b>Suicídio por intoxicação por pesticidas</b>	161	1	0	11	0	29	202
<b>Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas</b>	193	3	0	15	0	30	241
<b>Suicídio por intoxicação por outr prod quim NE</b>	46	3	0	0	0	12	61
<b>Suicídio por afogamento submersao</b>	142	7	0	5	0	34	188
<b>Suicídio por precipitação lugar elevado</b>	91	2	0	0	0	13	106
<b>Suicídio por objeto cortante penetrante</b>	67	0	0	5	0	16	88
<b>Suicídio por fumaca fogo e chamas</b>	50	3	1	5	0	14	73
<b>Suicídio por outros meios especificados</b>	55	1	0	2	0	5	63
<b>Suicídio por por meios não especificados</b>	72	1	2	2	1	25	103
<b>TOTAL</b>	<b>5.769</b>	<b>117</b>	<b>7</b>	<b>294</b>	<b>6</b>	<b>1.278</b>	<b>7.471</b>

**Tabela 06:** Distribuição do número de Suicídios por Raça/cor entre 1996-2012.

**Fonte:** Sistema de Informações de Mortalidade (2013).

Segundo Cataldo *et.al.*(2003) no Brasil onde existe uma maior miscigenação de raças, é maior a tendência de suicídios nas pessoas brancas. Características étnicas e culturais podem influenciar nas taxas de tentativas de suicídios, explicáveis por razões não somente psiquiátricas, mas também etnológicas. Para Kaplan, Sadock, e Grebb (1997) a predominância dos suicídios ocorre em homens brancos e, pequenas taxas entre negros, enquanto no mundo ocorre um aumento significativo de suicídios de imigrantes estrangeiros.

### 2.5.5 Distribuição do número de suicídios por assistência médica

A tabela 07 expõe a distribuição do número de suicídios onde os suicidas receberam assistência medica na hora do ato;

<b>Suicídios</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Total</b>
<b>Suicídio por enforcamento, estrang e sufocação</b>	263	2.783	2.268	5.314
<b>Suicídio por arma de fogo</b>	157	471	404	1.032
<b>Suicídio por intoxicação por pesticidas</b>	109	31	62	202
<b>Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas</b>	106	59	76	241
<b>Suicídio por intoxicação por outr prod quim NE</b>	33	11	17	61
<b>Suicídio por afogamento submersão</b>	11	111	66	188
<b>Suicídio por precipitação lugar elevado</b>	22	46	38	106
<b>Suicídio por objeto cortante penetrante</b>	14	46	28	88
<b>Suicídio por fumaca fogo e chamas</b>	43	10	20	73
<b>Suicídio por outros meios especificados</b>	5	26	32	63
<b>Suicídio por por meios não especificados</b>	22	43	38	103
<b>TOTAL</b>	<b>785</b>	<b>3.637</b>	<b>3.049</b>	<b>7.471</b>

**Tabela 07:** Distribuição do número de Suicídios por Assistência Médica entre 1996-2012.

**Fonte:** Sistema de Informações de Mortalidade (2013).

Segundo Brodbeck (2001) estudos mostram que a pessoa que se suicidou procurou um médico seis meses antes de concretizar a ação, e que 60% desses pacientes passaram por uma consulta um mês antes. Cerca de 75% das pessoas que se suicidaram procuraram algum serviço de atenção a saúde. Assim, onde os serviços de saúde mental não estão bem organizados e preparados para estes casos, a proporção de pessoas em crises suicidas que consultam um clínico geral tende a ser maior.

A avaliação dos pacientes com comportamentos suicidas será requerida não só nos Estratégias de Saúde da Família, mas também nos hospitais, prontos-socorros e outros serviços (SERANO, 2008).

Isso demonstra claramente que existe um possível campo de atuação para profissionais da área da Psicologia, posto que o paciente emita sinais que indicam suas intenções (OLIVEIRA e KIENEN, 2008).

Para Brodbeck (2001) o que diferencia o tempo que o indivíduo levará para cometer uma nova tentativa de suicídio, dependerá da qualidade do atendimento profissional preventivo prestado ao paciente. As queixas, frequentemente, são de sintomas somáticos e de depressão e, o conhecimento destes sugere a possibilidade de avaliar o grau de risco, para uma abordagem eficaz, com cuidados especiais que minimizem o risco do evento derradeiro.

Segundo Serano (2008, p. 137), um paciente em risco anuncia o ato e, o indicativo de hospitalização imediata se dá se o paciente apresentar um quadro com: “constância de pensamentos suicidas permanentes ou recorrentes; alto nível de intenção de morrer nas próximas horas ou nos próximos dias; presença de agitação ou pânico; existência de um plano destrutivo imediato” (especialmente se este plano for realista e envolver métodos violentos).

#### **2.5.6 Distribuição do número de suicídios por local ocorrência**

A tabela 08 expõe a distribuição dos suicídios em Santa Catarina entre os anos de 1996-2012 por local de ocorrência.

<b>Suicídios</b>	<b>Hospital</b>	<b>Outro estabele. de saúde</b>	<b>Domicílio</b>	<b>Via pública</b>	<b>Outros</b>	<b>Igno.</b>	<b>Total</b>
<b>Suicídio por enforcamento, estrang e sufocação</b>	151	2	4.004	190	829	118	5.294
<b>Suicídio por arma de fogo</b>	224	0	532	81	172	18	1.027
<b>Suicídio por intoxicação por pesticidas</b>	144	4	34	9	8	3	202
<b>Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas</b>	141	2	74	6	15	3	241
<b>Suicídio por intoxicação por outr prod quim NE</b>	36	0	11	3	10	1	61
<b>Suicídio por afogamento submersão</b>	7	0	20	20	132	9	188
<b>Suicídio por precipitação lugar elevado</b>	28	0	29	26	21	2	106
<b>Suicídio por objeto cortante penetrante</b>	17	0	56	4	9	2	88
<b>Suicídio por fumaca fogo e chamas</b>	54	0	15	1	2	1	73
<b>Suicídio por outros meios especificados</b>	8	0	35	12	7	1	63
<b>Suicídio por por meios não especificados</b>	29	0	48	5	17	3	102
<b>TOTAL</b>	<b>839</b>	<b>8</b>	<b>4.858</b>	<b>357</b>	<b>1.222</b>	<b>161</b>	<b>7.445</b>

**Tabela 08:** Distribuição do número de Suicídios por Local Ocorrência entre 1996-2012.

**Fonte:** Sistema de Informações de Mortalidade (2013).

Minghetti (2010) expõe que a figura da habitação semioticamente simboliza o útero materno, um local onde a pessoa se sente em segurança, abrigada do mundo exterior, conquanto a cama, da mesma forma, significa o portal de entrada e o de saída deste mundo. Talvez isso explique as razões, pelas quais existe uma preponderância dos suicídios em residências.

### 2.5.7 Distribuição do número de suicídios por estado civil

A tabela 09 apresenta a distribuição dos suicídios por Estado Civil, cometidos em Santa Catarina entre 1996 e 2012. Cumpre dizer que indivíduos que possuem um relacionamento estável apresentam menor probabilidade de cometer suicídio.

Suicídios	N Inf	Solteiro	Casado	Viúvo	Separado jud	Ignorado	Total
Suicídio por enforcamento, estrang e sufocação	224	1.641	2.420	351	335	343	<b>5.314</b>
Suicídio por arma de fogo	63	384	409	25	82	69	<b>1.032</b>
Suicídio por intoxicação por pesticidas	8	55	98	13	13	15	<b>202</b>
Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas	8	99	82	16	26	10	<b>241</b>
Suicídio por intoxicação por outr prod quim NE	0	22	29	0	6	4	<b>61</b>
Suicídio por afogamento submersao	11	72	72	15	9	9	<b>188</b>
Suicídio por precipitação lugar elevado	4	57	27	4	6	8	<b>106</b>
Suicídio por objeto cortante penetrante	1	27	37	5	5	13	<b>88</b>
Suicídio por fumaca fogo e chamas	4	31	17	3	9	9	<b>73</b>
Suicídio por outros meios especificados	1	30	19	1	11	1	<b>63</b>
Suicídio por por meios não especificados	7	32	44	8	5	7	<b>103</b>
<b>TOTAL</b>	<b>331</b>	<b>2.450</b>	<b>3.254</b>	<b>441</b>	<b>507</b>	<b>488</b>	<b>7.471</b>

**Tabela 09:** Distribuição do número de Suicídios por Estado Civil entre 1996-2012.

**Fonte:** Sistema de Informações de Mortalidade (2013).

Para Kaplan, Sadock, e Grebb (1997, p.753), o casamento reforçado pelos filhos é um fator que diminui os suicídios: “O suicídio é mais comum em pessoas que apresentam história de suicídio na família e que são socialmente isoladas”. Segundo a APA (2008), indivíduos separados, viúvos ou solteiros têm maior probabilidade de risco de suicídio. Smith *et.al* (*apud* APA, 2008, p.939), em um estudo realizado nos EUA identificaram que “a taxa mais alta de suicídios foi encontrada entre divorciados ou viúvos, os quais têm risco relativo cerca de 3

vezes maior do que em indivíduos casados”. Segundo essa pesquisa, as mulheres divorciadas tinham uma taxa de suicídio ajustada por idade e, mais alta do que as viúvas.

De acordo com Alavez (1999, p.108) como no divórcio, o suicídio é uma confissão de fracasso. O suicídio, como o divórcio, “é envolvido em desculpas e racionalizações interminavelmente tecidas em seu entorno, para encobrir o simples fato de que toda a energia, paixão e ambição daquela pessoa foram abortadas”. Para o autor as pessoas que sobrevivem a uma tentativa de suicídio, como as que se casam novamente, sobrevivem para uma vida diferente, com diferentes padrões, motivos e satisfações.

### **2.5.8 Distribuição do número de suicídios por mês do óbito**

Bahls e Botega (2007, p. 157) relatam que podem ocorrer variações sazonais nos níveis de suicídio, sendo que os maiores casos ocorrem na primavera e no verão: “Em alguns países, as taxas na primavera podem chegar a índices 70%, maiores do que no inverno”. Mas para Kaplan e Sadock (2007) não existe nenhuma correlação sazonal significativa entre o suicídio e o período do ano em que ele ocorre. Entretanto os números mostram que os suicídios aumentam na primavera e no outono, ao contrário da crença popular que atribui o período das festas de final de ano como período de suicídios.

Para Alvarez (1999, p.92) existe uma falácia popular de que o suicídio estaria relacionado ao clima ruim. Existe um romance Francês do início do séc. XVII que inicia com a seguinte frase: “No sombrio mês de novembro, quando os ingleses costumam se enfocar e se afogar [...]”.

A ideia de que o suicídio desta de alguma forma associado ao inverno é, pode-se supor, um remanescente de nossos medos supersticiosos do ato como um feito relacionado à escuridão, e um remanescente também de uma vaga ilusão infantil de onipotência segundo a qual o tempo da alma se refletiria nos céus. Na verdade, no sombrio mês de novembro a taxa de suicídio está se aproximando do seu período de baixa anual (ALVAREZ, 1999, p.92).

Segundo Alvarez (1999, p.92) o ciclo autodestrutivo do suicídio segue exatamente o da natureza: “começa a cair no outono, atinge sua baixa no meio do inverno e começa a se erguer lentamente com o reviver da seiva; seu clímax se dá no início do verão, nos meses de



maio e junho, quando lentamente volta a diminuir”. Várias pesquisas foram realizadas com a temática do suicídio, utilizando fatores sociais como coadjuvante dos suicídios; todas procuravam uma explicação do suicídio no clima, na raça, ou na desordem mental.

De acordo com Stengel (*apud* Alvarez, 1999, p.93) o suicídio em relação ao clima, pode estar ligado às “mudanças biológicas rítmicas, que desempenham um papel importante na vida animal, embora seja menos evidente no homem”. No entanto Alvarez (1999) opõe-se a Stengel, para ele o impulso de por fim à própria vida aumenta na primavera não por causa de misteriosas mudanças biológicas, mas por falta delas, pois em vez de mudanças existe a estase que se constitui por si só em uma patologia, estado no qual o fluxo normal de um líquido corporal para, como no caso de um indivíduo não descarregar sua energia libidinal.

Alvarez (1999, p.63) expõe que a depressão suicida é uma espécie de inverno espiritual, gelado, estéril e imóvel. “ [...] mais intenso parece esse inverno interior, e mais profundo e intolerável o abismo que separa o mundo interno do externo”. Nesta circunstância, o suicídio se torna uma reação natural a uma condição antinatural.

Talvez por isso o Natal seja uma época tão difícil para os deprimidos. Em teoria, o Natal é um oásis de luz e de calor numa estação implacável (inverno europeu), como uma janela iluminada no meio de uma tempestade. Para os que têm de ficar do lado de fora, ele acentua, a separação entre o calor das festividades públicas e um desesperado frio íntimo.

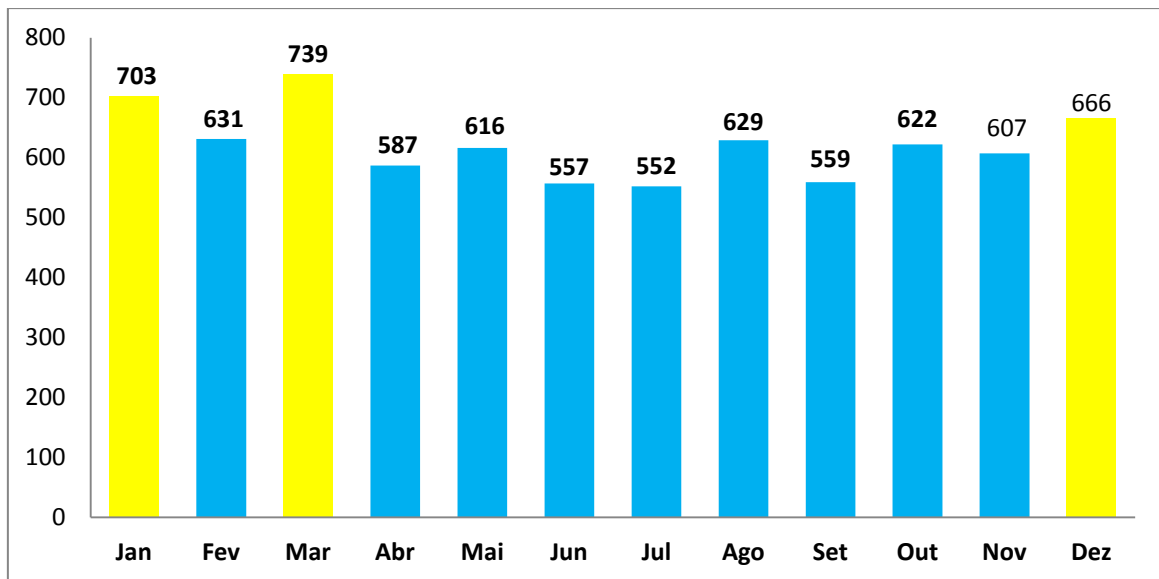
A tabela 10 apresenta a distribuição mensal dos números de suicídios cometidos em Santa Catarina entre 1996 a 2012.

<b>Suicídios</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Out</b>	<b>Nov</b>	<b>Dez</b>	<b>Total</b>
<b>Suicídio por enforcamento, estrang e sufocação</b>	506	442	505	422	435	398	400	442	396	448	447	471	<b>5.312</b>
<b>Suicídio por arma de fogo</b>	103	88	102	74	96	80	71	91	74	87	79	87	<b>1.032</b>
<b>Suicídio por intoxicação por pesticidas</b>	21	16	25	16	13	16	13	15	13	18	14	22	<b>202</b>
<b>Suicídio por intoxicação por medicamemtos, drogas</b>	20	23	23	15	19	14	17	24	22	17	18	29	<b>241</b>
<b>Suicídio por intoxicação por outr prod quim NE</b>	4	5	7	7	6	6	6	5	3	5	5	2	<b>61</b>
<b>Suicídio por afogamento submersao</b>	17	17	23	14	17	13	12	14	8	16	12	24	<b>187</b>
<b>Suicídio por precipitação lugar elevado</b>	4	12	9	14	5	8	8	10	13	8	5	10	<b>106</b>
<b>Suicídio por objeto cortante penetrante</b>	3	9	18	4	2	7	9	5	12	6	6	7	<b>88</b>
<b>Suicídio por fumaca fogo e chammas</b>	6	7	12	4	8	5	6	2	9	5	5	4	<b>73</b>
<b>Suicídio por outros meios especificados</b>	5	1	4	8	6	5	3	8	2	6	9	6	<b>63</b>
<b>Suicídio por por meios não especificados</b>	14	11	11	9	9	5	7	13	7	6	7	4	<b>103</b>
<b>TOTAL</b>	<b>703</b>	<b>631</b>	<b>739</b>	<b>587</b>	<b>616</b>	<b>557</b>	<b>552</b>	<b>629</b>	<b>559</b>	<b>622</b>	<b>607</b>	<b>666</b>	<b>7.468</b>

**Tabela 10:** Distribuição percentual do número de Suicídios por Mês do Óbito entre 1996-2012.

**Fonte:** Sistema de Informações de Mortalidade (2013).

Outra forma de observar o número de suicídio por mês está apresentado no gráfico 04;



**Gráfico 04:** Distribuição percentual do número de Suicídios por Mês do Óbito entre 1996-2012.  
**Fonte:** Dados primários (2013).

Shikida, Gazzí e Junior (2006) em seu estudo realizado para verificar as diferenças nos interceptos das regiões do Brasil, mostra que o fenômeno geográfico das taxas de suicídio se apresenta também em nível mundial: “normalmente está relacionado a fatores hormonais ligados a uma doença conhecida como *Seasonal Affective Disorder* (SAD- depressão do inverno) gerada por mudanças bruscas de humor em períodos sazonais, como no inverno”.

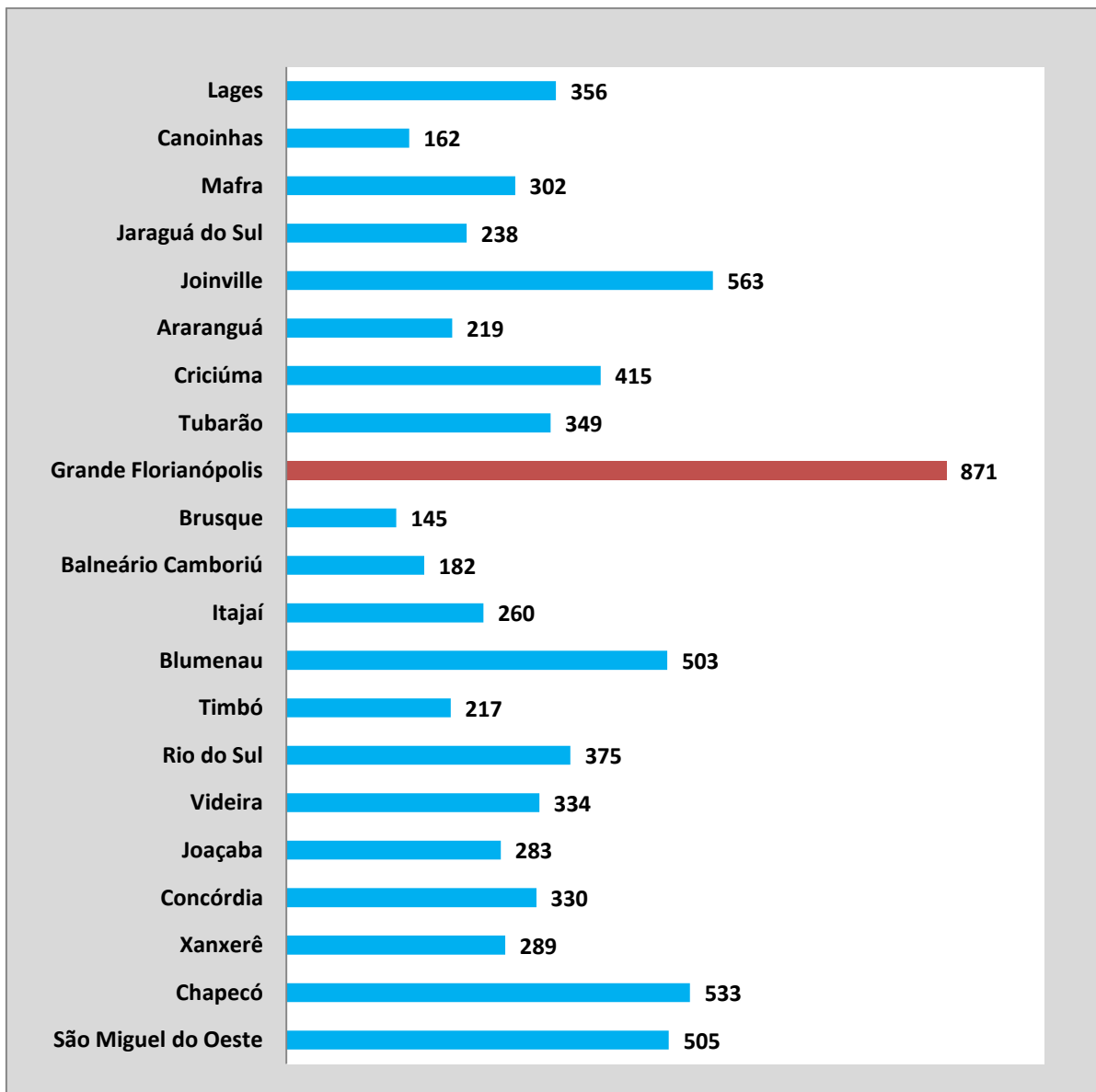
Segundo Shikida *et.al.* (2006, p.13) a depressão de inverno, mais conhecida como SAD, acontece em jovens e adultos de ambos os sexos e em grupos etários diversos. “Existem vários estudos, realizados por especialistas da área de saúde, que fazem testes com substâncias diversas em pacientes que apresentam os sintomas da depressão, sempre utilizando um grupo de controle”. Lewy *et. al.* (*apud* Shikida *et.al.* , 2006, p.13) relatam que: “testaram dez pacientes, onde cinco recebiam cápsulas com o hormônio da melatonina e os outros cinco, que representavam o grupo de controle, recebiam cápsulas idênticas com placebo”. Identificou-se que a melatonina diminui significativamente as taxas da depressão.

Segundo Shikida *et.al.* (2006, p.13) a melatonina é um hormônio produzido pelo corpo humano quando estimulado pelos raios solares: “Regiões do globo que possuem pouca incidência de luz solar, principalmente no inverno, estão mais propensas às ocorrências de casos de SAD entre seus habitantes, gerando um aumento na probabilidade de casos de

suicídio. [...] Casos de SAD no Brasil não são tão frequentes, porém, no país, nota-se também um efeito da latitude/clima sobre a taxa de suicídio”.

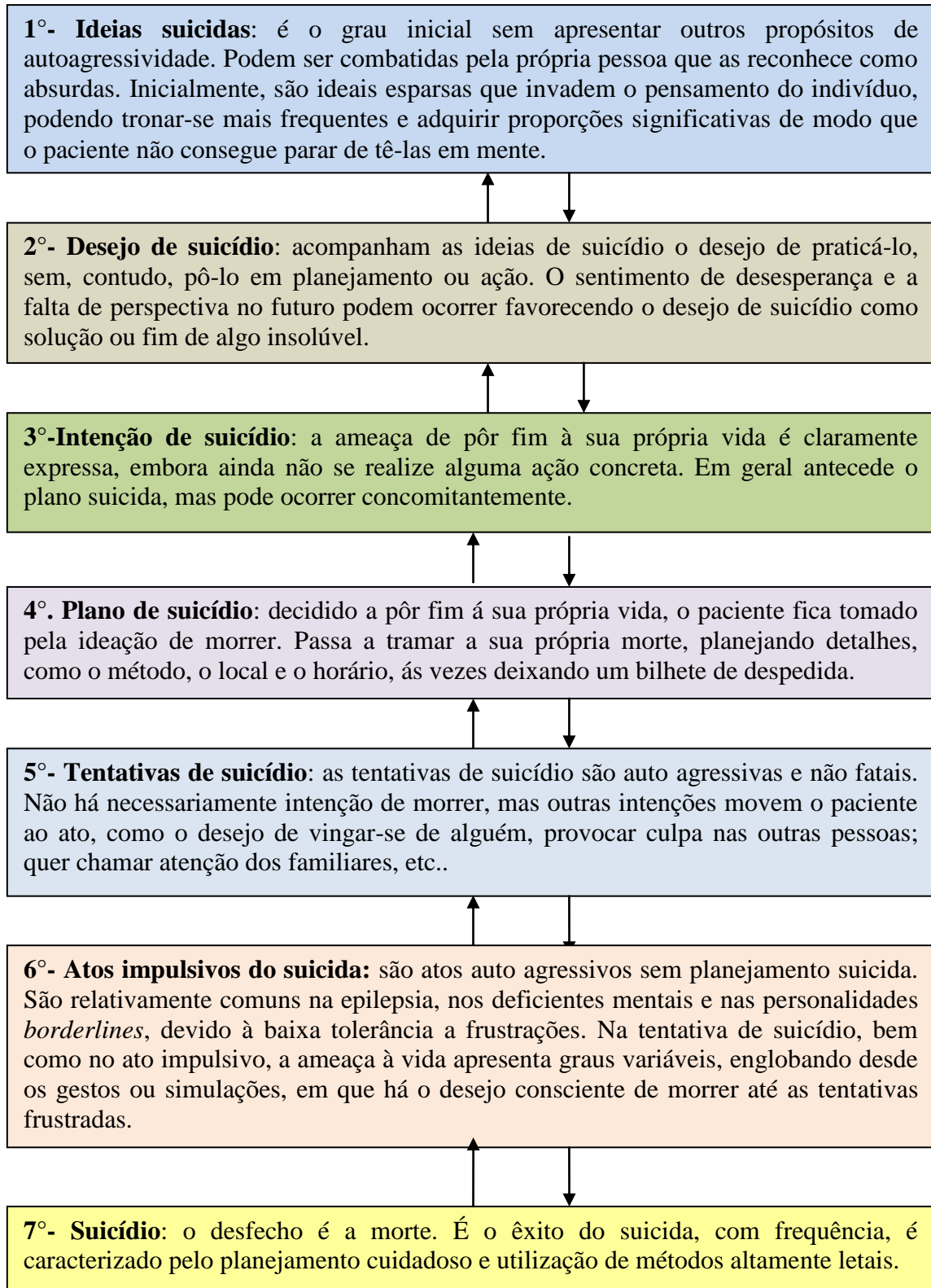
Shikida, *et.al.* (2006, p.13) relatam que as taxas de suicídio no Brasil são diferenciadas, e podem estar relacionadas à distribuição geográfica: “Na região sul, por exemplo, dois de seus três estados apresentam taxas muito elevadas em relação à média nacional”. Estes índices podem estar relacionados à região Sul por ser a mais fria do país.

No gráfico 05 encontra-se distribuído os percentuais de suicídios por Região de Residência registrados no SIM (2013), das cidades de Santa Catarina entre os anos de 1996 e 2012.



**Gráfico 05:** Distribuição dos percentuais de suicídios por Região de Residência entre 1996-2012.  
**Fonte:** SIM (Dados adaptados para este estudo, 2013)

É importante que se identifiquem aspectos ligados ao risco de suicídio tais como os apresentados na Figura 01:



**Figura 01:** Aspectos avaliados no comportamento suicida.

**Fonte:** Brodbeck (2001, p.264). (Figura adaptada para este estudo).

A figura 01 apresenta aspectos ligados ao suicídio; identificar estes aspectos pode corroborar na prevenção dos possíveis suicidas. É importante conhecer, identificar, descrever e definir detalhadamente cada item da figura 01, para saber exatamente em qual momento-temporal o paciente se encontra. Brodbeck (2001, p.265) pontua que, é importante saber identificar os aspectos citados, visto que, “essa identificação nos indicará o grau de atenção e cuidados que o paciente deverá receber no decorrer da abordagem”. Para Meleiro (2009, p.01), o suicídio é uma morte em que o sujeito é, “o agente passivo e ativo; a vítima - o desejo de morrer, de ser morto e, o assassino - o desejo de matar”.

## 2.6 FATORES QUE PREDISPÕE O RISCO DE SUICÍDIO

O risco de suicídio é quase sempre reconhecível e previsível, todavia, avaliar o risco de um paciente é ainda uma tarefa difícil, requer conhecimento do tema e diversas estratégias. Para Meleiro (1998), esforços precisam ser feitos para melhorar o diagnóstico, terapêuticas e a prevenção do incidente em indivíduos que emitem sinais de suicídio: “Sabemos que tentativas e atos suicidas são gritos de ajuda, desejos de comunicação que precisam ser respondidos direta e imediatamente” (MELEIRO, 1998, p.136).

O suicídio é muitas vezes é o ato final de uma série de comportamentos autodestrutivos. O comportamento autodestrutivo é especialmente frequente entre as pessoas com experiências traumáticas na sua infância, especialmente as que foram vítimas de abusos, de negligência ou do sofrimento de um lar monoparental, talvez porque estas sejam mais propensas a ter maiores dificuldades em estabelecer relações profundas e seguras. As tentativas de suicídio são mais prováveis entre mulheres maltratadas, muitas das quais sofreram também abusos em pequenas (MERCK, 2010, p.3).

Algumas características em pacientes podem servir de identificação de risco de suicídio, tais como: idade, gênero, dependência alcoólica, comportamento violento, hospitalização psiquiátrica e, fatores ligados à profissão, ao estado físico e a aspectos psicossociais como pode ser observado no Quadro 01:

Fatores de alto risco para consumir o suicídio	
Fatores pessoais e sociais	Fatores mentais e físicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Homem.</li> <li>-Idade superior a 60 anos.</li> <li>-História de uma tentativa prévia de suicídio.</li> <li>-História de suicídio ou de perturbação do humor na família;</li> <li>-Separação recente, divórcio ou viuvez.</li> <li>-Isolamento social, com atitude de incompreensão por parte dos amigos ou familiares, real ou imaginária.</li> <li>-Aniversários com especial significado pessoal, como o aniversário da morte de um ente querido.</li> <li>-Desemprego ou dificuldades econômicas, particularmente se provocarem uma queda drástica do <i>status</i> familiar.</li> <li>-Abuso do álcool ou de drogas.</li> <li>-Planejamento pormenorizado do suicídio e, tomada de precauções para não ser descoberto.</li> <li>-Experiência vital humilhante recente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Depressão (especialmente doença maníaco-depressiva).</li> <li>-Agitação, inquietação e ansiedade.</li> <li>-Sentimento de culpabilidade, desadequação e falta de esperança.</li> <li>-Conversa ou conduta autodenegridora.</li> <li>-Personalidade impulsiva ou hostil.</li> <li>-Convicção delirante de ter cancro, doença cardíaca ou outra doença grave.</li> <li>-Alucinações em que a voz dirige a tentativa de suicídio.</li> <li>-Doença orgânica crônica, dolorosa ou invalidante, especialmente se a pessoa era anteriormente saudável.</li> <li>-Uso de medicamentos, como a reserpina, que podem provocar depressão profunda.</li> </ul>

**Quadro 01:** Fatores de alto risco para consumir o suicídio

**Fonte:** Merck (2010, p.4).

De acordo com Brodbeck (2001, p.258), “não existe um preditor patognomônico<sup>2</sup> para o suicídio, no entanto existe um número de indicadores que se correlacionam com o ato e que pode ser de ajuda na identificação de pacientes de risco”. Deste modo se faz necessário observar fatores sociais, culturais e psicológicos, que estão associados ao risco de suicídio, tais como, sexo; idade; estado civil; raça; religião; ocupação; clima; saúde física; transtorno psiquiátrico; transtorno depressivo; dependência de álcool; esquizofrenia; traços de personalidade; impulsividade; dependência e comportamento suicida anterior.

Quanto ao gênero, de forma geral, o número de suicídios masculinos consumados é de quatro para cada feminino, porém as mulheres cometem tentativas cerca de quatro vezes mais

<sup>2</sup> O termo patognomônico é utilizado para denominar aqueles signos (manifestações visíveis como: sintomas, rasgos e signos clínicos, próprios e exclusivos de uma doença, síndrome ou transtorno) que, se estiverem presentes, assegurarão que o sujeito padece de um determinado transtorno. No entanto, **em psicologia** não se pode dizer facilmente que um sintoma seja patognomônico, porque esta ciência não segue a lógica racional/direta. Não podemos afirmar com toda a segurança que uma alteração perceptiva ou cognitivo-linguística assegure a presença da esquizofrenia.

que os homens (GAUER, NETO e BRAGA, 2003).

Segundo o Manual Merck (2010, p.04), os métodos escolhidos por um indivíduo para se suicidar, podem ser determinados pela disponibilidade e por fatores culturais. “Pode também refletir a seriedade da tentativa, dado que alguns métodos, como saltar de um edifício alto, fazem com que seja virtualmente impossível sobreviver, enquanto outros, como a superdosagem farmacológica, deixam em aberto à possibilidade de salvação”.

O método da roleta russa está presente nos suicídios, onde as pessoas decidem deixar que a sorte determine o epílogo: “Alguns indivíduos instáveis consideram emocionante as atividades perigosas que implicam brincar com a morte, como conduzir um veículo de modo temerário ou praticar esportes perigosos” (Merck, 2010, p.04). Todavia é imperativo expor que a utilização de um método que não redunde na finitude, não indica necessariamente que a tentativa seja menos preocupante e que não necessite ser avaliada.

Quanto à idade dos indivíduos que se suicidam, os percentuais aumentam com a idade, demonstrando a importância da crise da meia idade. Entre os homens, tende a aumentar após os 45 anos e, para as mulheres o maior número de suicídios ocorrem após os 55 anos (BRODBECK, 2001).

Nardi (2006, p. 107) ao falar das tentativas do suicídio expõe que: “são mais frequentes em jovens (200 tentativas para cada suicídio), enquanto que pessoas com idade acima de 65 anos, tentam tirar a vida em torno de quatro vezes antes de finalizá-lo”, para cada 200 tentativas de suicídio, um é concretizado. O autor pontua ainda que, as taxas de suicídio aumentam com a idade; a maior incidência está entre as pessoas de 45 a 55 anos. No Brasil, o número de idosos que se suicidam é três vezes maior do que os suicídios de jovens.

Kaplan *et.al* (1997, p. 753) relata que os idosos tentam o suicídio menos frequentemente que os jovens, todavia são os que mais concretizam o ato: “os idosos são responsáveis por 25% dos suicídios, embora perfaçam apenas 10% da população geral. A taxa para os indivíduos acima de 75 anos é mais de três vezes a taxa existente entre os jovens”. Em relação aos homens de idade entre 15 e 24 anos houve um aumento de 40% e continua crescente, no entanto para as mulheres no mesmo grupo etário há um ligeiro aumento. Para os homens de 24 a 34 anos houve um aumento de quase que 30%, enquanto que para as mulheres do mesmo grupo etário, aparece um ligeiro aumento.

Kaplan *et.al*. (1997, p. 753) destacam que: “o suicídio é a segunda principal causa de morte no grupo etário dos 15 aos 24 anos”. Para as tentativas de suicídio para esta faixa etária



têm-se anualmente no mundo um número entre 1 milhão e 2 milhões de casos.

Os suicídios atribuídos ao estado civil, primeiramente, são mais realizados por divorciados, atingindo um maior índice entre os homens; em segundo, pelos solteiros e viúvos. Os casados são os que menos cometem suicídio (Brodbeck, 2001). Kaplan *et.al* (1997, p. 753) expõe que: “o casamento, reforçado pelos filhos, parecem diminuir significativamente o risco de suicídio. Entre as pessoas casadas a taxa é de 11 suicídios para cada 100.000 habitantes. Cumpre dizer que, apenas o casamento não é garantia de diminuição de risco, posto que em famílias socialmente isoladas, essa circunstância pode se constituir em um contributo adicional ao suicídio.

O fator aniversário da morte de um ente querido por suicídio, pode ser um agravante em potencial para o suicídio, posto que a lembrança do incidente leve aquele que lembra a um ato semelhante: “Os chamados “suicídios de aniversários” são cometidos por pessoas que tiram a própria vida no mesmo dia que um membro da família o fez” (KAPLAN, *et. al*, 1997, p. 754). Quanto à raça dos indivíduos suicidas, o percentual é maior entre pessoas brancas; cerca de duas vezes mais que as não-brancas, mas este número tem merecido críticas porque a taxa de suicídios entre os adolescentes negros está aumentando (KAPLAN, *et. al*, 1997).

Para os suicídios relacionados à religião, os percentuais menos expressivos são encontrados entre os católicos, menores que nos judeus e protestantes (Kaplan *et. al*, 1997). De acordo com Brodbeck (2001, p.259): “talvez, o grau de ortodoxia e integração a uma religião, seja uma medição mais acurada do risco de suicídio nesta categoria, do que a simples afiliação religiosa institucional”.

A ocupação é outro fator associado ao suicídio, quanto mais alta a posição do indivíduo, maior é o risco. Uma queda na posição social é um fator que aumenta o risco de suicídio (Brodbeck, 2001). Gauer *et.al* (2003, p.671) relata que as taxas de suicídio são maiores em desempregados.

Para Brodbeck (2001), na população geral o risco de suicídio está em profissões como: “músicos, dentistas, oficiais da lei, advogados e agentes de seguro. Entre as profissões de maior risco estão dentistas, médicos e policiais. Na classe médica, as especialidades são os psiquiátricos, seguidos pelos anestesistas e oftalmologistas”. Kaplan *et.al* (1997) destacam que os médicos que cometem suicídio, experimentaram dificuldades profissionais, familiares e pessoais e, cometem suicídio por possuírem transtornos psiquiátricos associado: “Os três transtornos psiquiátricos mais comuns entre os médicos e entre os médicos suicidas são

transtornos depressivos, dependência de substâncias químicas e dependência alcoólica”.

Quanto ao clima existem contradições entre os autores. Brodbeck (2001, p. 260), expõe que não existe relação entre o clima e o índice de suicídios: “não foi encontrada qualquer correlação sazonal com o suicídio”. Porém, Kaplan *et.al* (1997, p.754), relatam que: “existe um ligeiro aumento na primavera e no outono, mas, contrariamente a crença popular, não há aumento no número de suicídios no mês de dezembro ou períodos de feriados”.

Os suicídios relacionados à saúde física têm aumentado significativamente. Kaplan *et.al* (1997, p.754) destacam que: “estima-se que uma doença física seja um importante fator contribuidor, com 11 a 15% dos suicídios”. Para Gauer *et.al* (2003) pacientes com dor crônica, doença incapacitante, câncer, pacientes renais em diálise, infecção pelo HIV/AIDS, estão associados a maiores índices de suicídio. Brodbeck (2001, p.260) assevera que:

Doença física crônica, doença terminal, cirurgias recentes, perda da mobilidade, entre pessoas para as quais a atividade física é ocupacional ou recreacionalmente importante, desfiguramento, dor crônica intratável (...) as doenças, no entanto, mais relacionadas são: epilepsia, esclerose múltipla, traumatismo craniano, doença cardiovascular, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), Coreia Huntington, doença de Cushing, Síndrome de Klinefelter, ulcera péptica, cirrose, hipertrofia da próstata, doença renal.

Botega (1996, p.222) relata que: “doentes renais crônicos, por exemplo, têm um coeficiente de suicídio 400 vezes maior do que na população geral (...) o coeficiente de suicídio em hospitais gerais é quatro vezes maior”. Buzan (1997, p.520) expõe que a maioria dos estudos publicados sobre o suicídio não descreve o estado mental dos pacientes: “de modo que, não está claro se o maior risco de suicídio é devido à depressão comórbida, doença cerebral orgânica ou algum fator específico da condição médica em si”.

Os **Transtornos psiquiátricos** que corroboram no risco de suicídio são: transtornos depressivos (quase 80% dos casos); esquizofrenia (10%), e dependentes de álcool com diagnóstico duplo (25%). “A possibilidade de suicídio deve ser considerada em todo paciente psiquiátrico; cada entrevista necessita incluir uma avaliação do potencial de risco” (BRODBECK, 2001, p.261).

Gauer *et.al* (2003, p.672) destaca que os transtornos afetivos, especificamente a depressão são responsáveis por 50% a 70% dos suicídios. Os fatores que aumentam o risco de suicídio nestes pacientes são: “a comorbidade com abuso de álcool, estados mistos (mania e depressão), fase depressiva da doença, bipolar, mania psicótica e alta hospitalar recente”.

Observa-se que a intenção suicida relaciona-se mais com o sentimento de desesperança do que com o grau de depressão entre aqueles que tentam o suicídio. Logo, o sintoma desesperança é um fator de risco preditivo (...) deve ser levado em consideração na avaliação do risco presente e futuro de um episódio depressivo (...) a associação de depressão com suicídio vem despertando grande interesse, dada a sua importância clínica: ocorre em proporção elevada de pacientes que, além de serem tratáveis com eficácia, em geral fizeram contatos com seus médicos em algum período anterior ao ato suicida, tendo importante implicação na prevenção do suicídio (BRODBECK, 2001, p.261).

É muito mais provável que o suicídio entre pacientes deprimidos, ocorra no início ou no final de um episódio depressivo: “A explicação do risco aumentado nos períodos iniciais ao tratamento se deve, provavelmente, à melhora de inibição psicomotora com persistência da ideação suicida, que concretize impulsivamente” (BRODBECK, 2001, p.261).

No caso do abuso ou dependência alcoólica, Gauer *et.al* (2003, p.672), expõem que estão presentes em torno de 20 a 25% naqueles que se suicidam: “A atenção especial para solteiros, de meia-idade, socialmente isolados e com tentativa de suicídio anterior”. Para Gauer *et.al* (2003, p.672), a esquizofrenia é responsável por 10 a 20% dos suicídios: “A maioria dos pacientes, o faz nos primeiros anos da doença. Cerca de 75% são homens solteiros”. O risco se encontra particularmente aumentado na presença de delírios e alucinações de comando (BRODBECK, 2001).

Outro fator de risco é a impulsividade, Brodbeck (2001, p.262) destaca que “uma pessoa impulsiva pode, subitamente, descobrir que seu sofrimento poderia acabar com o suicídio e agir de acordo com esta percepção, antes de considerar as consequências do ato”.

Ser dependente de outras pessoas também é um fator de risco de suicídio. Para Brodbeck (2001), os indivíduos subordinados a outras pessoas, para a manutenção de sua autoestima, necessitam de constante reafirmação e atenção e que, apesar de receberem este apoio, sentem-se frustrados. Trata-se de pessoas extremamente dependentes e insatisfeitas com a vida, consigo mesmo, com tudo ao seu redor, e ao se sentirem sozinhos, como por exemplo, na morte de um dos parceiros, o que sobrevive não aguenta a solidão e tenta o suicídio, conseguindo às vezes por o fim a sua solidão de forma drástica.

O comportamento suicida, em algumas ocasiões, pode ser motivado pelo *stress*, pela ruptura de relações problemáticas e pela carga que representa estabelecer novas relações e estilos de vida (MERCK, 2010). Brodbeck (2001) pontua que o comportamento suicida anterior é outro fator de risco de suicídio, a tentativa é um indicativo que algo não está bem; é

o melhor indicador de que o paciente está sob o risco de cometer o suicídio propriamente dito: “Estudos mostram que 40% dos pacientes deprimidos que cometem suicídio, e que fizeram uma tentativa anterior é mais alto, dentro dos três meses posteriores a primeira tentativa. Muitas tentativas anteriores diminuem o risco”. No entanto: “Quanto mais letal for à tentativa anterior, maior o risco; porém, a intencionalidade suicida não deve ser desconsiderada quando o método utilizado envolveu menor perigo de vida” (BRODBECK, 2001, p.262).

O pensamento simplista de que o paciente fez o que fez, apenas para manipular alguém, deve ser rejeitado. Mesmo que isso tenha sido a razão, torna-se necessário identificar o que está acontecendo com o paciente, discutindo com ele, alternativas de encaminhamento do problema (BRODBECK, 2001, p.262).

Fawcett & Shaughnessy (*apud* Brodbeck, 2001, p.262-263) expõe algumas considerações sobre os fatores de risco do suicídio: fatores de longo prazo (fatores de risco citados neste capítulo) que os enumera como fatores agudos do suicídio; dissolução de um relacionamento amoroso ou outra perda significativa; mudança de condição médica; início ou cessação de medicação psicotrópica; intoxicação por álcool ou drogas; desesperança ou aumento na falta de esperança; comunicação de intenção suicida a outros; melhora súbita do humor deprimido.

Conforme Cassorla *et. al.* (1991, p.22) “o suicida não quer morrer; na verdade ele não sabe o que é a morte, aliás, ninguém sabe. O que ele deseja é fugir do sofrimento”. Estas observações fazem parte dos estigmas que envolvem o fato em si e das ficções popularizadas, como indica o Quadro 02, a seguir:

FICÇÃO	FATO
1. Pessoas que ficam ameaçando suicídio não se matam.	1. A maioria das pessoas que se matam deram avisos de sua intenção.
2. Quem quer se matar, se mata mesmo.	2. A maioria dos que pensam em se matar, têm sentimentos ambivalentes.
3. Suicídios ocorrem sem avisos.	3. Suicidas freqüentemente dão ampla indicação de sua intenção.
4. Melhora após a crise significa que o risco de suicídio acabou.	4. Muitos suicídios ocorrem num período de melhora, quando a pessoa tem a energia e a vontade de transformar pensamentos desesperados em ação auto-destrutiva.
5. Nem todos os suicídios podem ser prevenidos.	5. Verdade, mas a maioria pode-se prevenir.
6. Uma vez suicida, sempre suicida.	6. Pensamentos suicidas podem retornar, mas eles não são permanentes e em algumas pessoas eles podem nunca mais retornar.

**Quadro 02:** Fato e ficção relacionados à intenção do suicídio.

**Fonte:** OMS (2000, p.15).

Para que se realize uma avaliação consistente do risco de suicídio, o profissional deve analisar o contexto de vida de cada paciente, pois os fatores de risco isoladamente não apresentam qualquer valor preditivo, mas são significantes junto com sua história de vida (BRODBECK, 2000).

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A preparação de um projeto de pesquisa e o desenvolvimento da própria pesquisa precisa, para que seus resultados sejam satisfatórios, fundamentar-se na escolha do método, pois este é fundamental para a obtenção de resultados precisos, como expõe (LAVILLE e DIONE, 1999, p.5);

O método de pesquisa são regras precisas e fáceis, a partir da observação exata das quais se terá certeza de nunca tomar um erro por uma verdade e, sem aí desperdiçar inutilmente as forças de sua mente, mas ampliando seu saber por meio de um contínuo progresso, chegar ao conhecimento verdadeiro de tudo do que se é capaz.

A definição do método é determinante à sustentação dos resultados que se pretende alcançar.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Conhecer os transtornos mentais e do comportamento relacionadas ao trabalho que corroboram para o Suicídio Laboral, buscando a adoção de medidas preventivas, temas estes que estão associados ao método orientador desta pesquisa. Esta, do ponto de vista dos procedimentos técnicos, se caracteriza como uma revisão bibliográfica. A este respeito Gil (*apud* Silva e Menezes, 2001, p.21) destaca que as pesquisas bibliográficas podem ser “elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e atualmente com material disponibilizado na Internet”. Outras fontes podem ser boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses e meios de comunicação.

Idealmente, nesta pesquisa, se ponderou a construção de novos conhecimentos, dado que o resultado se configurasse científico, a partir do compromisso e da responsabilidade a fidelidade e critérios resultantes de coerência, consistência, originalidade e objetivação.

#### 3.2 FONTES DE INFORMAÇÃO

O estudo se baseou em estudos publicados sobre o tema proposto: artigos científicos, periódicos, livros publicados e teses defendidas.

## 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A seguir apresentar-se-á a análise dos dados coletados e dispostos em narrativas textuais, interpretados a luz de autores e articulistas, estudiosos do tema.

### 4.1 SUICÍDIO E TRABALHO: RELAÇÕES POSSÍVEIS?

Da Revolução Industrial à hodiernidade, os trabalhadores sofrem com ritmo de trabalho intenso ou monótono; sofrem com as jornadas de trabalho, aceitando parcas pausas para o lazer e alimentação. São submetidos a lugares insalubres e a turnos de trabalho noturnos, turnos alternados ou turnos iniciando ainda na madrugada, labutam no ritmo imposto pelas máquinas e sob o qual não tem controle, sofrendo a pressão dos supervisores ou chefes por mais produtividade. Todos esses fatores, segundo o Ministério da Saúde (MS, 2001) causam transtornos mentais e do comportamento, relacionados ao trabalho; doenças estas que corroboram para o suicídio laboral (DEJOURS, 2009).

Quando do sofrimento e da insatisfação dos trabalhadores, o suicídio e o trabalho apresentam relações afins, que se manifestam não apenas pela doença, mas nos indícios de absenteísmo, conflitos interpessoais e fora do período de trabalho. De acordo Dejours (2009) falar de saúde é sempre difícil, porém evocar o sofrimento e a doença é mais fácil; todo mundo o faz, todavia explicar o sofrimento mental resultante da organização do trabalho é uma tarefa complexa.

O suicídio laboral também pode ocorrer pelo assédio moral, como ocorreu com os trabalhadores da *France Telecom*, que mostra as condições insalubres a que os trabalhadores eram submetidos, incluindo transferências arbitrárias, penalizações e pressão excessiva e constante, com o objectivo de provocar a saída de 22 mil trabalhadores. Esta ação resultou em 40 tentativas de suicídio, 25 das quais consumadas em apenas 18 meses: “Nos cinco anos decorridos desde a privatização, a *France Telecom* demitiu 30 mil trabalhadores e fechou um terço das sedes no território francês”(DOSSIER, 2009, p. 1 ).

O relato dos trabalhadores recolhido pelo jornal *Le Monde* corrobora o clima de terror instalado:

(...) "Eu não falo nem das reestruturações, nem da supressão de postos de trabalho, mas sim do ambiente e da gestão do dia a dia. É uma gestão pelo terror. Somos obrigados a pedir autorização ao nosso chefe para ir à casa de banho. Se a pausa ultrapassa um minuto, devemos fornecer uma explicação por escrito. Os pedidos de feriado permanecem sem resposta." ( DOSSIER, 2009, p. 2).

A tabela 11 apresenta para Santa Catarina o número de suicídio que pode estar associado ao trabalho entre 1996 e 2012.

<b>Suicídios</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Total</b>
<b>Suicídio por enforcamento, estrang e sufocação</b>	1	922	176	1.099
<b>Suicídio por arma de fogo</b>	0	224	41	265
<b>Suicídio por intoxicação por pesticidas</b>	0	28	3	31
<b>Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas</b>	0	34	12	46
<b>Suicídio por intoxicação por outr prod quim NE</b>	0	11	2	13
<b>Suicídio por afogamento submersão</b>	1	48	7	56
<b>Suicídio por precipitação lugar elevado</b>	0	17	7	24
<b>Suicídio por objeto cortante penetrante</b>	0	17	4	21
<b>Suicídio por fumaca fogo e chamas</b>	0	11	4	15
<b>Suicídio por outros meios especificados</b>	0	11	7	18
<b>Suicídio por por meios não especificados</b>	0	6	6	12
<b>TOTAL</b>	2	1.329	269	1.600

**Tabela 11:** Distribuição de Óbito por Acidente Trabalho segundo Suicídios entre 1996-2012.

**Fonte:** Sistema de Informações de Mortalidade (2013).

A tabela 11 apresenta dois suicídios registrados no contexto laboral, todavia os registros dos óbitos por suicídios cometidos no local de trabalho são catalogados, muitas das vezes como acidentes de trabalho, para que os familiares possam receber os direitos trabalhistas; outro dado que requer atenção é que, alguns empresários registram os acidentes de trabalho como suicídio, para não terem gastos trabalhistas.

Corroborando com esta afirmativa, Dossier (2009, p. 2) expõe que suicídios ocorridos na empresa France Telecom beneficiou a empresa, segundo o autor: “os dirigentes da empresa acabavam por serem os principais beneficiados dos suicídios”, pois não precisam pagar indenização aos familiares trabalhistas; um lucro extra entre 15% a 40% do salário do suicida.

Em 2011, outro fator desperta a atenção nos noticiários em Pequim, mostrou que um trabalhador da gigante tecnológica FOXCONN, fabricante do iPad e do iPhone da Apple, cometeu suicídio na cidade chinesa de Chengdu; o segundo caso desse tipo no ano, depois do registro de 14 suicídios similares em 2010 e três tentativas frustradas.



Freitas (2011), expõe que no Brasil os suicídios laborais divulgados são de bancários, onde totalizaram 253 mortes entre os anos de 1993 e 2005, todavia, no que se refere a suicídios de outras classes trabalhistas não existem dados divulgados.

O trabalho causa doenças mentais e de comportamento, e estas causam suicídios laborais, porém nem todos os suicídios são originários de doenças mentais, mas de elementos do clima organizacional, contidos na cultura da empresa. Dejours (1999) relata que o sofrimento pode surgir quando o trabalhador não se adéqua às regras, normas, ideologia, entre outros, elementos presentes na cultura organizacional.

Maximiano (2000) expõe que o sofrimento originado do contexto laboral e originado de elementos como o trabalho, salário, comportamento do chefe, colegas, insatisfações físicas. O clima organizacional é produto dos sentimentos individuais e grupais criado, que é alterado pelas formas de comportamento das pessoas, que podem se constituir ou não em um “estopim” para o suicídio laboral.

O clima organizacional reflete o tipo de funcionário que a organização recruta o processo de trabalho, a modalidade de comunicação adotada, no que no geral acaba por refletir a forma de administração de quem exerce a autoridade máxima dentro da organização. Silva (2001, p.425) corrobora afirmando que o clima organizacional “é a atmosfera psicológica resultante dos comportamentos, dos modelos de gestão, das políticas empresariais, refletida nos relacionamentos interpessoais”.

Cada organização tem seu próprio clima originado de elementos internos e externos, que alteram a satisfação dos colaboradores, tais como: comunicação; objetivos; responsabilidade; benefícios; participação; liderança; motivação; reconhecimento; padrões de qualidade, entre outros. Para Silva (2001), por meio do levantamento destes elementos é possível identificar as causas das insatisfações, angustias e frustrações, tensões e ansiedades (expectativas), que brotam no ambiente interno das organizações. Tais fatores podem causar doença mental e se não tratados podem predispor ao suicídio.

O clima é representado pelos conceitos e sentimentos que as pessoas partilham a respeito da organização, e que afetam de maneira positiva ou negativa, sua satisfação e motivação para o trabalho. Estudar o clima é necessário para entender se a organização e suas praticas administrativas favorecem ou não o interesse e o rendimento das pessoas. (MAXIMIANO, 2000, p. 107).

Um fator importante que pode produzir a insatisfação no trabalho é o processo de comunicação. A MS (2001) expõe que comunicação de uma organização é moldada pela cultura organizacional e é se constitui em um fator importante na determinação da saúde

mental. “Ambientes que impossibilitam à comunicação espontânea, a manifestação de insatisfações, as sugestões dos trabalhadores em relação à organização ou ao trabalho desempenhado provocarão tensão e, por conseguinte, sofrimento e distúrbio mental” (MS, 2001, p. 161)

O que aconteceu com o trabalho, que tem levado pessoas a acabarem com suas vidas dentro das organizações? Sobre este tema, Freitas (2011, p.55) pontua que:

(...) nos últimos anos tem crescido o número de pessoas que cometem suicídio dentro do ambiente de trabalho, esse fato traz duas novidades para a questão: a) são pessoas com emprego, inclusive altamente qualificadas; e b) o lugar escolhido para o ato é o local de trabalho. Isso nos leva a refletir sobre algumas transformações recentes na organização do trabalho e suas consequências.

Dejours (1999, p. 35) expõe que todas as pessoas criam expectativas relacionadas ao trabalho, porém nem todo o reconhecimento é satisfatório. Este sentimento é resultado de vários fatores, que causam não apenas o sofrimento enquanto gerador de patologias mentais ou de esgotamentos, mas, sobretudo enquanto base para a realização pessoal. “Portanto é de se esperar que o sofrimento no trabalho gere uma série de manifestações psicopatológicas. Foi para analisá-las e inventariá-las que se realizaram estudos clínicos denominados psicopatologia do trabalho” (p.35).

Por trás da vitrina, há o sofrimento dos que trabalham (...) os que assumem tarefas arriscadas para a saúde: os operários da construção cível, de firmas de serviços de manutenção nuclear; de firmas de limpeza; de montadoras de automóveis; de matadouros industriais (...). Enfim, por trás das vitrinas, há sofrimento dos que temem não satisfazer, não estar à altura das imposições da organização do trabalho (DEJOURS, 1999, 27-28).

Segundo a MS (2001), em nossa sociedade, o trabalho é mediador de integração social, quer seja pelo rendimento econômico ou pela esfera cultural, apresentando assim importância fundamental na construção da subjetividade e no modo de vida, determinando a saúde física e mental das pessoas.

O trabalho ocupa, também, um lugar fundamental na dinâmica do investimento afetivo das pessoas. Condições favoráveis a livre utilização das habilidades dos trabalhadores a ao controle do trabalho pelos trabalhadores tem sido identificadas como importantes requisitos para que o trabalho possa proporcionar prazer, bem-estar e saúde, deixando de provocar doenças (MS, 2001, p.161).

Deste modo, os trabalhadores desprovidos de suporte social, de relacionamentos inter e intrapessoal e de significações profícuas em relação ao trabalho, podem sentir os efeitos do sofrimento psíquico, que por sua vez, influencia a satisfação com o trabalho. E, este pode ser influenciado pela cultura, refletindo no clima organizacional, que podem causar transtornos mentais e de comportamento corroborando com o suicídio laboral.

## 4.2 SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR

De acordo com a MS (Ministério da Saúde, 2001), a Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública, que tem como objeto o estudo, a intervenção das relações do trabalho e, a saúde ocupacional. O objetivo é a promoção e a proteção da saúde mental do trabalhador, através de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e, as condições de trabalho, para a reabilitação do trabalhador, tal a receber toda a assistência possível, desde o diagnóstico até o tratamento, de forma gratuita no SUS (Sistema Único de Saúde).

Sobre a saúde mental do Trabalhador, Heloani e Capitão (2003, p.101), destacam que as condições e as exigências do mercado de trabalho neste mundo globalizado, criam uma rotina e amortecem o sentido da vida dos trabalhadores, “deixando no corpo as marcas do sofrimento, que se manifestam nas mais variadas doenças classificadas como ocupacionais, além de atentar contra a saúde mental”. Nem todas as pessoas ficam doentes por causa do trabalho. Tal fato vai depender da estrutura da personalidade que a pessoa desenvolveu desde o início da sua vida, como expõe Dejours (1992, p.122):

Contrariando ao que se poderia imaginar, a exploração do sofrimento pela organização do trabalho não cria doenças mentais específicas. Não existem psicoses de trabalho, nem neuroses do trabalho. Até os maiores e mais ferrenhos críticos da nosologia psiquiátrica não conseguiram provar a existência de uma patologia mental decorrente do trabalho. Apenas algumas interpretações simplistas atribuem à sociedade a causa de todas as doenças mentais. Isso significa que a organização do trabalho não tem nenhuma importância nas doenças mentais?

Para algumas pessoas o trabalho significa realização profissional, conquistas pessoais, conquistas financeiras, entre outros atributos gratificantes. Mas, para outras pessoas o trabalho causa sofrimento.

Dejours (1992, p.122) destaca que se devem considerar três componentes da relação homem-organização de trabalho:

1. A fadiga, que faz com que o aparelho mental perca sua versatilidade;
2. O sistema de frustração- agressividade reativa, que deixa sem saída uma parte importante da energia pulsional;
3. A organização de trabalho, como correia de transmissão de uma vontade externa, que se opõe aos investimentos das pulsões e das sublimações.

Há que se destacar que, “o defeito crônico de uma vida mental sem saída, mantido pela organização do trabalho, tem provavelmente um efeito que favorece as descompensações psiconeuróticas”, estas terminam com o suicídio laboral (DEJOURS, 1992, p.122).

Para Heloani e Capitão (2003), o mundo do trabalho poderia ajudar e auxiliar o trabalhador em sua qualidade de vida, no entanto vem se transformado em algo monstruoso, não o faz, avassala o trabalhador em todos os seus aspectos; os trabalhadores são absorvidos, exigidos, sugados. Enquanto alguns poucos são alçados a postos de poder, outros, por assim dizer, alguns milhões, são jogados como uma escória, cuja água benta do emprego, da possibilidade do trabalho, não veio a salvar.

As doenças mentais relacionadas ao trabalho, segundo Dejours e Bégue, (2010) são: a depressão, o estresse, a drogadição, o *burnout* (estar esgotado), o *karoshi* (KARO= excesso de trabalho e SHI = Morte, morte súbita no local de trabalho), e o suicídio laboral. São patologias que tem sido relacionada com o sofrimento psíquico excessivo vivenciado no trabalho.

Todavia, quando as ações no trabalho são criativas, possibilitam a modificação do sofrimento, contribuindo para uma estruturação positiva da identidade, aumentando a resistência da pessoa às várias formas de desequilíbrios psíquicos e corporais. Dessa forma, o trabalho pode ser o mediador entre a saúde e a doença e o sofrimento, criador ou patogênico. Assim, prazer e sofrimento originam-se de uma dinâmica interna das situações e da organização do trabalho. São decorrências das atitudes e dos comportamentos franqueados pelo desenho organizacional, cuja tela de fundo constitui-se de relações subjetivas e de poder (HELOANI e CAPITÃO, 2003, p.107).

O MS (2001) expõe que os transtornos mentais menores decorrentes do trabalho acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10%.

No Brasil, segundo informações do INSS, a autorização de benefícios previdenciários de auxílio-doença, “por incapacidade para o trabalho superior a 15 dias e de aposentadoria por invalidez, por incapacidade definitiva para o trabalho, mostram que os *transtornos mentais*, com destaque para o *alcoolismo crônico*, ocupam o terceiro lugar entre as causas dessas ocorrências” (MEDINA, *apud* OMS, 2001, p.161).

De acordo com o Ministério da Saúde (2005, p. 01), os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são aqueles resultantes de:

(...) situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição á determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos á organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional.

Para que o trabalhador receba o auxílio doença, ou a aposentadoria pelo INSS, ele deve se submeter a uma avaliação médica e, ao fazer isso, o órgão responsável pela saúde deste trabalhador emite um laudo. Após, deve ser preenchida a Ficha de Investigação (em Anexo), onde as informações são cadastradas no SINAN- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. Este órgão notifica os responsáveis pela Vigilância da Saúde do Trabalhador do município, para que tomem providências, fazendo cumprir o que determina a Portaria N° 3.252, de 22 de dezembro de 2009.

Através desta Ficha de Investigação são estipuladas ações para melhorar as condições de trabalho e, em algumas situações as empresas são notificadas, pagam multas ou ainda podem ser fechadas no caso de risco de vida dos trabalhadores. Ações como estas podem melhorar a Qualidade de Vida no Trabalho, diminuindo o risco do suicídio laboral.

#### 4.3 TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO RELACIONADOS COM O TRABALHO QUE PODEM EM ALGUMA MEDIDA, ESTAREM ASSOCIADOS AO SUICÍDIO LABORAL.

As doenças mentais e de comportamento relacionada com trabalho se associam a dados preocupantes, fato que fez com que a MS (2001) criasse o Manual de procedimentos para os serviços de saúde: DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO, para auxiliar órgãos responsáveis pelo cuidado com a saúde do trabalhador. A seguir, apresentar-se-ão as

doenças relacionadas ao trabalho, de acordo com a PORTARIA/GM, N.º 1.339/1999, Grupo V da CID-10 (Código de Identificação de Doença). Para fazer o diagnóstico das doenças excluídas (causas não ocupacionais), elas são incluídas no Grupo I da Classificação de Schilling<sup>3</sup> (1984), em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária. O Suicídio laboral não faz parte da lista de doenças da Portaria n.º 1.339/GM/99.

#### 4.3.1 *Demência* (CID-10, F02. 8)

A *demência*, segundo a MS (2001), caracteriza-se como síndrome, geralmente crônica e progressiva, devida a uma patologia encefálica. É uma síndrome de caráter adquirido, na qual se verificam diversas deficiências das funções corticais superiores, incluindo: memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprender, linguagem e julgamento. Para Bertolote (*apud* MS, 2001) o trabalhador com demência não sofre alterações, as deficiências cognitivas são acompanhadas e, ocasionalmente, precedidas por deterioração do controle emocional, da conduta social ou da motivação.

A *demência* pode estar associada a inúmeras doenças, que atingem primária ou secundariamente o cérebro, tais como:

Epilepsia, alcoolismo, degeneração hepatolenticular, hipotireoidismo adquirido, lúpus eritematoso sistêmico, tripanossomíase, intoxicações, doenças pelo HIV, doença de *Huntington* g, doença de *Parkinson* g, ocorrência de infartos múltiplos, outras doenças vasculares cerebrais isquêmicas e contusões cerebrais repetidas, como as sofridas pelos boxeadores (MS, 2001, p. 164).

Cabral e Nick (1979) pontuam que a *demência* é uma grave deterioração mental, caracterizada pelo declínio patológico das capacidades orgânicas ou funcionais. A *demência* relacionada à causa ocupacional pode ter origem em drogas e toxinas, todavia segundo a OMS (2001, p.164), outros quadros têm sido encontrados, como trauma crânio-encefálico (TCE) e pelos efeitos da exposição ocupacional a algumas substâncias químicas tóxicas.

Em trabalhadores expostos a essas substâncias, o diagnóstico de *demência relacionada ao trabalho*, excluídas outras causas não ocupacionais, deve ser enquadrado no Grupo I da

---

<sup>3</sup> Grupo I da Classificação de Schilling (1984): O trabalho é causa necessária: doenças profissionais propriamente ditas.

Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária (MS, 2011).

Segundo informações do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM, 2012), entre os anos de 1996 e 2012, em Santa Catarina, aconteceram 502 suicídios por intoxicação de substâncias químicas, tais como drogas, pesticidas, produtos tóxicos, entre outros. Nesta situação é importante relatar que o trabalhador que tenha ideação suicida, e trabalha com produtos químicos, dele fará uso para por fim a sua vida.

Os gestores devem observar o trabalhador, para identificar comportamentos diferentes em sua rotina diária e de suas capacidades cognitivas. “As interferências no desempenho de papéis sociais dentro da família, no trabalho e em outras esferas da vida não devem ser utilizadas como única diretriz ou critério diagnóstico” (MS, 2001, p.165).

Critérios diagnósticos: comprometimento ou incapacidade manifestada pelo declínio das funções cognitivas (corticais superiores), como: capacidade de aprendizagem, memória, atenção, concentração, linguagem, nível de inteligência, capacidade de resolver problemas, juízo crítico e comportamento social adequado; comprometimento ou incapacidade pessoal para as atividades da vida diária (MS, 2001, p.165).

A prevenção da demência relacionada ao trabalho consiste, basicamente, na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde. O gestor ao observar que o trabalhador apresenta quadros de demência, deve encaminhá-lo para atendimento de uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, capacitada a lidar e a dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador, aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho (MS, 2001).

#### **4.3. 2 *Delirium* (F05.0)**

A MS (2001, p.166) definiu o *Delirium* como uma síndrome caracterizada por rebaixamento do nível de consciência, com distúrbio da orientação (no tempo e no espaço) e da atenção (hipovigilância e hipotenacidade), associada ao comprometimento global das funções cognitivas. Podem “ocorrer alterações do humor (irritabilidade), da percepção

(ilusões e/ou alucinações especialmente visuais), do pensamento (ideação delirante) e do comportamento (reações de medo e agitação psicomotora)”.

Geralmente, o paciente apresenta uma inversão característica do ritmo vigília-sono com sonolência diurna e agitação noturna. Podem vir acompanhada de sintomas neurológicos como tremor, asterixis, nistagmo, incoordenação motora e incontinência urinária. Geralmente, o *delirium* tem um início súbito (em horas ou dias), um curso breve e flutuante e uma melhora rápida assim que o fator causador é identificado e corrigido (MS, 2001, p.166).

A síndrome do *delirium* pode ocorrer no curso de uma demência, pode evoluir para demência, para recuperação completa ou para a morte. A gravidade do *delirium* é classificada em: leve, moderado a muito grave. Para a MS (2001) os quadros de *delirium* têm sido encontrados em trabalhadores com exposição ocupacional a algumas substâncias químicas tóxicas.

Em trabalhadores expostos a essas substâncias, o diagnóstico de *delirium* relacionado ao trabalho, excluídas outras causas não ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling (1984), em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária. Para MS (2001) o *delirium*, enquanto quadro agudo ou subagudo, caracteriza-se como uma emergência médica, e o primeiro objetivo do tratamento é controlar a condição ou o fator que o está causando.

O trabalhador deve ser afastado de seu trabalho, receber atendimento médico e farmacológico, pois corre risco de vida, visto que muitas tentativas de suicídio ocorrem em pessoas com quadros de delírios, causados por substâncias psicoativas.

No caso da exposição ocupacional a agentes tóxicos para o sistema nervoso central, o afastamento do paciente/trabalhador do ambiente de trabalho é a primeira conduta a ser tomada. Prover suporte físico (evitar acidentes: os pacientes podem se machucar devido à desorientação e alterações psicomotoras), sensorial e ambiental (controle do nível de estímulos do ambiente: nem pouco nem muito, manter referências conhecidas pelo paciente e pessoas calmas e familiares por perto) (MS, 2001, p. 167).

Cabral e Nick (1979, p. 82), expõe que o *delirium* é um estado mental confuso, associado a graves disfunções cerebrais, que se caracteriza por distúrbios na consciência e no sistema sensorial, tais como: “desorientação, alucinação, ilusão, inquietação, desilusão e, por vezes, acentuada agitação”. Para os referidos autores, o *delirium* acontece com maior



frequência nos estados de intoxicação natural (febres) ou artificiais (narcóticos, álcool, etc.). Nestes casos o gestor de recursos humanos deve observar os seguintes sintomas no trabalhador e encaminhá-lo para atendimento médico com urgência:

- **Rebaixamento do nível da consciência** – traduzido pela redução da clareza da consciência em relação ao ambiente, com diminuição da capacidade de direcionar, focalizar, manter ou deslocar a atenção.
- **Alterações na cognição:** como déficit de memória, desorientação, perturbação de linguagem ou desenvolvimento de uma perturbação da percepção que não é explicada por uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução;
- **Perturbação:** se desenvolve ao longo de um curto período de tempo (horas a dias), com tendência a flutuações no decorrer do dia;
- **Existência de evidências a partir da história,** exame físicos ou achados laboratoriais de que a perturbação é consequência direta ou indireta, associada a uma situação de trabalho (MS, 2001, p.167).

Para o MS (2001) A prevenção do *delirium*, não-sobreposto à demência, relacionado ao trabalho, consiste na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde; ações que podem ser realizadas pelo RH da empresa proporcionando melhor Qualidade de Vida no Trabalho.

#### 4.3.3 Transtorno Cognitivo Leve (F06.7)

O *Transtorno cognitivo leve* (TCL) “é um distúrbio caracterizado por alterações da memória, por dificuldades de aprendizado e, por uma redução da capacidade de concentrar-se numa tarefa além de breves períodos” (MS, 2001, p.169). Os sintomas frequentes são fortes sensações de fadiga mental. Quando o indivíduo tenta executar tarefas mentais, as quais exigem um novo aprendizado, percebe-as subjetivamente difícil. Estes sintomas interferem na estrutura cognitiva e no esquema cognitivo da pessoa.

Cabral e Nick (1979, p. 61), expõem que a Estrutura Cognitiva de uma pessoa, dá-se na forma como a pessoa vê o mundo físico e o social, “incluindo todos os seus fatos, conceitos, crenças e expectativas, assim como o padrão de suas relações mútuas”. O Esquema Cognitivo é um complexo padrão “que foi gravado na estrutura do organismo pela experiência e que combina com as propriedades do atual estímulo ou da atual ideia, para determinar como o objeto ou a ideia vai ser percebido e conceptualizado” (CABRAL e NICK, 1979, p. 61).

De acordo com a MS (2001), quadros de *transtorno cognitivo leve* têm sido diagnosticados em trabalhadores que realizam atividades onde ficam expostos a substâncias químicas tóxicas e agentes físicos. A principal manifestação do transtorno é um declínio no desempenho cognitivo, que inclui queixas de comprometimento da memória, dificuldades de aprendizado ou de concentração. A utilização de Testes psicológicos pode ser útil para o diagnóstico, mas devem ser interpretados com cuidado, dada sua inespecificidade e a confusão com outras causas ligadas às condições de vida.

A prevenção do *transtorno cognitivo leve relacionado ao trabalho* consiste na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde. O gestor ao observar alguns dos sintomas citados, deve providenciar o afastamento do trabalhador e encaminhá-lo para atendimento multiprofissional de saúde, com abordagem interdisciplinar, capacitado a lidar e a dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho (MS, 2001).

Para o MS (2001) a participação dos trabalhadores e dos níveis gerenciais é importante para a implantação de ações corretivas e de promoção da saúde que envolvam modificações na organização do trabalho.

#### 4.3.4 Transtorno Orgânico de Personalidade (F07.0)

A personalidade para Cabral e Nick (1979, p. 61) possui diferentes interpretações e definições, para uns a personalidade é o “temperamento” da pessoa, para outros são as características próprias da pessoa. A seguir serão apresentados oito teóricos e as suas definições psicológicas sobre personalidade:

1. **Gordon Willard Allport (1897–1967):** a organização dinâmica, no indivíduo, daqueles sistemas psicofísicos que determinam o seu pensamento e comportamento característicos a sua adaptação típica ao meio social;
2. **Raymond Bernard Cattell (1905–1998):** o que permite uma predição do que uma pessoa fará numa dada situação;
3. **Henry Murray (1893 –1988):** a continuidade de formas e forças funcionais que se manifestam através de sequências de processos organizados e comportamentos manifestos, do nascimento até á morte;
4. **Richard S. Lazarus (1922 – 2002):** a organização de estruturas psicofísicas, relativamente estáveis, em virtude da qual uma pessoa age de determinada maneira e não de outra, tal como se inferiu do seu comportamento;

5. **SAWREY, James M. & TELFORD , Charles W:** a organização única de características e tendências de estímulos e respostas do indivíduo, na medida em que elas estão dinamicamente envolvidas em situações sociais;
6. **Sigmund Freud (1856-1939):** a integração do id, ego e superego;
7. **Alfred Adler, (1870–1937):** o estilo de vida do indivíduo, ou a maneira característica de reagir aos problemas da vida, incluído as metas vitais;
8. **Carl Gustav Jung (1875 – 1961):** a integração do ego, do inconsciente pessoal e coletivo, dos complexos, dos arquétipos, da pessoa e anima.

Neste prisma, quando ocorre alguma alteração no desenvolvimento da personalidade, surge um transtorno de personalidade, que pode ser originado por fator orgânico, psicológico, social, físico, entre outros. Para O MS (2001) o *Transtorno orgânico de personalidade* é a alteração da personalidade e do comportamento, surgindo como um transtorno concomitante ou residual de uma doença, lesão ou disfunção cerebral.

Caracteriza-se por uma alteração significativa dos padrões habituais de comportamento pré-mórbido, particularmente no que se refere à expressão das emoções, necessidades e impulsos. As funções cognitivas podem estar comprometidas de modo particular ou mesmo exclusivo nas áreas de planejamento e antecipação das prováveis consequências pessoais e sociais, como na chamada *síndrome do lobo frontal*, que pode ocorrer não apenas associada à lesão no lobo frontal, mas também a lesões de outras áreas cerebrais circunscritas. (MS, 2001, p.171).

Os trabalhadores expostos a algumas substâncias químicas neurotóxicas, podem desenvolver o *transtorno orgânico de personalidade*. O diagnóstico dá-se com uma análise histórica do trabalhador, depois de eliminadas todas as possibilidades, o transtorno pode ser incluído na Classificação I de Schilling. O MS (2001, p. 171) destaca que ao ser evidenciada a doença ou ainda a disfunção cerebral, um diagnóstico definitivo requer a presença de dois ou mais dos seguintes aspectos:

- a. Capacidade consistentemente reduzida de perseverar em atividades com fins determinados, especialmente aquelas envolvendo períodos de tempo mais prolongados e gratificação postergada;
- b. Comportamento emocional alterado, caracterizado por labilidade emocional, alegria superficial e imotivada (euforia, jocosidade inadequada) e mudança fácil para irritabilidade, explosões rápidas de raiva e agressividade ou apatia;
- c. Expressão de necessidades e impulsos sem considerar as consequências ou convenções sociais (roubo, propostas sexuais inadequadas, comer vorazmente ou mostrar descaso pela higiene pessoal);
- d. Perturbações cognitivas na forma de desconfiança, ideação paranoide e/ou preocupação excessiva com um tema único, usualmente abstrato (por exemplo: religião, certo e errado);

- e. Alteração marcante da velocidade e fluxo da produção de linguagem com aspectos, tais como circunstancialidade, prolixidade, viscosidade e hipergrafia;
- f. Comportamento sexual alterado.

O tratamento do trabalhador objetiva a reabilitação social, para diminuir os prejuízos advindos do comportamento pessoal e social alterado, inclui tratamento farmacológico é sintomático, geralmente há a indicação de aposentadoria por invalidez e de medidas de reabilitação dirigidas para a socialização do paciente na família e na comunidade (MS, 2001).

A prevenção do *transtorno orgânico de personalidade relacionado ao trabalho*, segundo o MS (2001, p. 172) consiste na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde. Inclui uma ação associada e articulada entre os setores assistenciais e de vigilância: “sendo desejável que o atendimento seja feito por uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, capacitada a lidar e a dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho”. O MS (2001, p. 172) recomenda que a intervenção sobre as condições de trabalho seja baseada em uma análise ergonômica do trabalho real ou da atividade, buscando conhecer fatores que podem contribuir para o adoecimento. O gestor deve ficar atento a todas as evidências do aparecimento da doença, evitando o agravamento e um possível caso de suicídio laboral.

#### **4.3.5 Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático Não- Especificado (F09.)**

Para Holmes (1997) os Transtornos Mentais Orgânicos, abrangem problemas fisiológicos no cérebro, como a deterioração, morte ou mau funcionamento de células cerebrais. Os sintomas envolvem a perda de funções cognitivas, como memória e a perda de controle muscular. Holmes (1997) expõe que o sintoma mais importante associado aos transtornos mentais orgânicos é a demência. A demência divide-se em duas: a demência primária: refere-se a um declínio no funcionamento intelectual devido a um distúrbio orgânico no cérebro e, a demência secundária refere-se a um declínio no funcionamento intelectual decorrente de algum outro transtorno.

O grupo de doenças do F09 inclui também a “*demência na doença de Alzheimer*”, a *demência vascular*, a *síndrome amnésica orgânica* (não induzida por álcool ou psicotrópicos)

e outros transtornos orgânicos (alucinação, estado catatônico, delirante, do humor, da ansiedade), a *síndrome pós-encefalite e pós-traumática*, incluindo, também, a *psicose orgânica* e a *psicose sintomática*” (MS, 2001, p.173). Em trabalhadores expostos a algumas substâncias químicas neurotóxicas, entre outras, o diagnóstico de *transtorno mental orgânico ou sintomático*, excluindo outras causas não ocupacionais, pode ser enquadrado na classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária (MS, 2001).

O gestor ao observar alguma alteração no trabalhador, deve afastar este de suas atividades e encaminhá-lo para atendimento de uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, como recomenda a Portaria n.1.339/GM/99. O tratamento farmacológico é recomendado para a doença. Geralmente, há a indicação de aposentadoria por invalidez, com as medidas de reabilitação dirigindo-se mais para a socialização do paciente na família e na comunidade (MS, 2001).

#### **4.3.6 Alcoolismo Crônico Relacionado ao Trabalho (F10.2)**

Vieira, Serafim e Saffi, (2007) relatam que 10 a 20% dos brasileiros são alcoolistas. Segundo os autores em um estudo epidemiológico no Brasil, os resultados apresentaram que a prevalência de 11,2% de dependentes de álcool, sendo 17,1% entre os homens e 5,7% entre as mulheres. No Brasil, o cigarro e o álcool juntos são responsáveis por 8,1% dos problemas de saúde e, em muitas situações, devido ao uso e abuso de álcool, indivíduos se suicidam ou por falta, ou por excesso de bebida alcoólica, tornando-se uma questão de saúde pública (OMS, 2010).

Nardi (2006) ressalva que o alcoolismo crônico e excessivo, resulta em problemas físicos, psiquiátricos, ocupacionais e familiares. Por ser uma droga lícita, tem livre comércio e livre acesso para compra por todos. O alcoolismo crônico causa descontrole no indivíduo por ser considerado uma droga psicotrópica, pois atua diretamente no Sistema Nervoso Central, causando alterações de humor, cognição e comportamento e de suas atividades laborais.

Segundo a MS (2001, p.175), a *síndrome de dependência do álcool* é um dos problemas relacionados ao trabalho. A Sociedade Americana das Dependências, em 1990, “considerou o *alcoolismo* como uma doença crônica primária, que tem seu desenvolvimento e

manifestações influenciados por fatores genéticos, psicossociais e ambientais, frequentemente progressiva e fatal”.

O trabalho é considerado um dos fatores psicossociais de risco para o *alcoolismo crônico*. O consumo coletivo de bebidas alcoólicas associadas a situações de trabalho pode ser decorrente de *prática defensiva*, como meio de garantir inclusão no grupo. Também pode ser uma forma de viabilizar o próprio trabalho, em decorrência dos efeitos farmacológicos próprios do álcool: calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutor do sono, anestésico e antisséptico. Entretanto, essas situações não são suficientes para caracterizar o uso patológico de bebidas alcoólicas (MS, 2001, p.175).

Segundo a MS (2001, p.175) a frequência maior de casos (individuais) de *alcoolismo* tem sido observada em determinadas ocupações, especialmente naquelas que se caracterizam por ser socialmente desprestigiadas e, determinantes de certa rejeição, tais como:

- Como as que implicam contato com cadáveres, lixo ou dejetos em geral, apreensão e sacrifício de cães;
- Atividades em que a tensão é constante e elevada, como nas situações de trabalho perigoso (transportes coletivos, estabelecimentos bancários, construção civil);
- De grande densidade de atividade mental (repartições públicas, estabelecimentos bancários e comerciais);
- De trabalho monótono, que gera tédio, trabalhos em que a pessoa trabalha em isolamento do convívio humano (vigias);
- Situações de trabalho que envolve afastamento prolongado do lar (viagens frequentes, plataformas marítimas, zonas de mineração).

O alcoolismo crônico é a doença que mais atinge os trabalhadores, segundo o MS (2001, p. 175), existindo evidências epidemiológicas de excesso de prevalência de *alcoolismo crônico* em determinados grupos ocupacionais, essa ocorrência poderá ser classificada como doença relacionada ao trabalho, do Grupo II da Classificação de Schilling<sup>4</sup>.

O trabalho pode ser considerado como fator de risco, no conjunto de fatores de risco associados à etiologia multicausal do *alcoolismo crônico*. Trata-se, portanto, de um nexó epidemiológico, de natureza probabilística, principalmente quando as informações sobre as condições de trabalho forem consistentes com as evidências epidemiológicas disponíveis. Em casos particulares de trabalhadores previamente alcoolistas, circunstâncias como as acima descritas pela CID-10 poderiam eventualmente desencadear, agravar ou contribuir para a recidiva da doença, o que levaria a enquadrá-la no Grupo III da Classificação de Schilling (MS, 2001, p. 175).

<sup>4</sup> Grupo II: Doenças em que o Trabalho pode ser uma fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas por todas as doenças “comuns”, o nexó causal é de natureza eminentemente epidemiológica.

O MS (2001, p.176) destaca que os critérios para o “diagnósticos podem ser adaptados daqueles previstos para a caracterização das demais *síndromes de dependência*, segundo os quais três ou mais manifestações devem ter ocorrido, conjuntamente, por pelo menos um mês ou, se persistentes, por períodos menores do que um mês”. As manifestações da síndrome nos trabalhadores devem ocorrer juntas, de forma repetida durante um período de 12 meses, devendo ser explicitada a relação da ocorrência com a situação de trabalho:

- Um forte desejo ou compulsão de consumir álcool em situações de forte tensão presente ou gerada pelo trabalho;
- Comprometimento da capacidade de controlar o comportamento de uso da substância – em termos de início, término ou níveis – evidenciado pelo uso da substância em quantidades maiores ou por um período mais longo que o pretendido ou por um desejo persistente ou por esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o seu uso;
- Um estado fisiológico de abstinência quando o uso do álcool é reduzido ou interrompido;
- Evidência de tolerância aos efeitos da substância de forma que haja uma necessidade de quantidades crescentes da substância para obter o efeito desejado;
- Preocupação com o uso da substância, manifestada pela redução ou abandono de importantes prazeres ou interesses alternativos por causa de seu uso ou pelo gasto de uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias para obter, consumir ou recuperar-se dos efeitos da ingestão da substância;
- Uso persistente da substância, a despeito das evidências das suas consequências nocivas e da consciência do indivíduo a respeito do problema. (MS, 2001, p. 176).

O *alcoolismo crônico*, ou *síndrome de dependência do álcool*, está associado ao desenvolvimento de outros transtornos mentais. “Ações de prevenção do *alcoolismo* que se limita a realizar cursos e palestras, com a finalidade de procurar transmitir conhecimentos científicos e, aconselhamento sobre as ações prejudiciais do álcool no organismo, são frequentemente inócuos” (MS, 2001, p. 176). O tratamento do *alcoolismo crônico* engloba múltiplas estratégias terapêuticas que implicam, muitas vezes, em mudanças na situação de trabalho. O gestor da empresa deve ficar atento a qualquer alteração de comportamento do trabalhador, seguir as recomendações do MS (2001), evitando deste modo um acidente de trabalho ou ainda um suicídio laboral.

#### **4.3.7 Episódios Depressivos (F32);**

Porto (2005) relata que depressão é atualmente a quarta causa de incapacidade social no mundo e, estima-se que em 2020 a depressão passe a ser a segunda maior causa de

incapacitação, perdendo apenas para as doenças coronarianas. Neste prisma, o MS (2001, p.178) descreve os *episódios depressivos* por humor triste, perda do interesse e prazer nas atividades cotidianas, sendo comum uma sensação de fadiga aumentada. O trabalhador pode se queixar de “dificuldade de concentração, pode apresentar baixa autoestima e autoconfiança, desesperança, ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou atos suicidas”.

A depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e situa-se em quarto lugar entre as dez principais causas da carga patológica mundial. Se estiverem corretas as projeções, caberá à depressão nos próximos 20 anos a dúbia distinção de ser a segunda das principais causas da carga mundial de doenças. Em todo o globo, 70 milhões de pessoas sofrem dependência do álcool. Cerca de 50 milhões têm epilepsia; outros 24 milhões, esquizofrenia. Um milhão de pessoas cometem suicídio anualmente. Entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se. (OMS e OPAS, 2001, p. 6).

O trabalhador pode ter seu sono alterado e frequentemente perturbado, geralmente por insônia; tem diminuição do apetite com perda de peso sensível. Sintomas de ansiedade são muito frequentes. A angústia tende a ser tipicamente mais intensa pela manhã. “As alterações da psicomotricidade podem variar da lentificação à agitação. Pode haver lentificação do pensamento. Os *episódios depressivos* devem ser classificados nas modalidades: leve, moderada, grave sem sintomas psicóticos, grave com sintomas psicóticos” (MS, 2001, p.178).

A relação dos *episódios depressivos* com o trabalho pode ser sutil. As decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, as perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, as exigências excessivas de desempenho cada vez maior, no trabalho, geradas pelo excesso de competição, implicando ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa, perda efetiva, perda do posto de trabalho e demissão podem determinar depressões mais ou menos graves ou protraídas. Alguns estudos comparativos controlados têm mostrado prevalências maiores de depressão em digitadores, operadores de computadores, datilógrafas, advogados, educadores especiais e consultores (MS, 2001, p.178).

*Episódios depressivos* estão associados à exposição ocupacional a algumas substâncias químicas tóxicas. O MS (2001) assevera que em trabalhadores expostos a essas substâncias entre outras, o diagnóstico de *episódios depressivos*, excluídas outras causas não ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária.



A sintomatologia depressiva nestes casos geralmente não constitui o quadro primário, estando geralmente associado aos transtornos mentais orgânicos induzidos por essas substâncias, como a demência, o delírium, o transtorno cognitivo leve, o transtorno orgânico de personalidade, o transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado, conforme descritos nos itens específicos. Assim, sempre que ficar caracterizada uma síndrome depressiva e houver história ocupacional de exposição a substâncias tóxicas, deve-se investigar a coexistência de um transtorno mental orgânico, ou seja, indicativo de disfunção ou lesão cerebral (MS, 2001, 179).

Para que o diagnóstico de *episódio depressivo* seja coeso, ele requer a presença de pelo menos cinco dos sintomas, por um período de, no mínimo, duas semanas, tais como: humor triste ou diminuição do interesse ou prazer, além de:

- Marcante perda de interesse ou prazer em atividades que normalmente são agradáveis;
- Diminuição ou aumento do apetite com perda ou ganho de peso (5% ou mais do peso corporal, no último mês);
- Insônia ou hipersonia;
- Agitação ou retardo psicomotor;
- Fadiga ou perda da energia;
- Sentimentos de desesperança e culpa excessiva ou inadequada;
- Diminuição da capacidade de pensar e de se concentrar ou indecisão;
- Pensamentos recorrentes de morte (sem ser apenas medo de morrer);
- Ideação suicida recorrente sem um plano específico ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico de suicídio (MS, 2001, p.).

Harrison e Lloyd (2007) expõem que dentro das doenças mentais relacionadas ao suicídio, a depressão é o diagnóstico mais associado com o comportamento suicida, sendo a principal doença causadora de morte, por apresentar um percentual de 50 a 75% para os casos de suicídio efetivados no período em que o indivíduo está sofrendo dessa patologia.

A depressão como o suicídio, pode produzir uma boa dose de culpa na família da pessoa deprimida. Pode ser vista também como um grito pedindo socorro. “*Olhe! Não consigo mais aguentar sozinho!*” Contudo, se quisermos ajudar a pessoa deprimida, isso não deve ser feito nos colocando como apoios enquanto sua negatividade subjacente é deixada de lado (LOWEN, 1983, p.67).

Bahls e Botega (2007) expõem que a mortalidade por suicídio desta população é de aproximadamente 20% em transtornos bipolares; para os transtornos por uso de álcool o

percentual é de 2 a 18%; e, quanto à depressão unipolar o percentual é de 15%; 10% na esquizofrenia; e, 5 a 10% nas personalidades *borderline* ou antissocial. Para esta classificação de pacientes, o período após a alta hospitalar é o mais crítico e preocupante nos quadros psiquiátricos de possíveis suicidas, quando 10 a 15% das mortes por suicídio, ocorreram no período de quatro semanas após a alta hospitalar psiquiátrica.

A prevenção dos *episódios depressivos relacionados ao trabalho* consiste, basicamente, na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde. O MS (2001, p.180) expõe que a ação integrada, articulada entre os setores assistenciais e da vigilância, atendimento de uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, possibilita suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho evitando a incapacitação e o suicídio laboral.

#### **4.3.8 Estado de Estresse Pós-Traumático (F43.1);**

O Ministério da Saúde (2001) expõe que o estado de estresse pós-traumático, caracteriza-se como uma resposta tardia e/ou posterior a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) e, de natureza, infelizmente, ameaçadora ou catastrófica. Esta doença causa extrema angústia em qualquer pessoa.

São exemplos: os desastres naturais ou produzidos pelo homem, acidentes graves, testemunho de morte violenta ou ser vítima de tortura, estupro, terrorismo ou qualquer outro crime. Fatores predisponentes tais como traços de personalidade ou história prévia de doença neurótica, podem baixar o limiar para o desenvolvimento da síndrome ou agravar seu curso, mas não são necessários nem suficientes para explicar sua ocorrência (MS, 2001, p.181).

O Ministério da Saúde (2001, p.181) assevera que o risco de desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao trabalho (TEPT), está relacionado aos “trabalhos perigosos que envolvem responsabilidade com vidas humanas, com risco de grandes acidentes, como o trabalho nos sistemas de transporte ferroviário, metroviário e aéreo, o trabalho dos bombeiros, etc”. Esta narrativa pode explicar, em partes, por que dentre as profissões os médicos são os que mais se suicidam.

O transtorno de estresse do é comum em trabalhadores jovens ou adultos jovens, mas pode surgir em qualquer idade devido à natureza das situações desencadeadoras. O transtorno acomete mais solteiros, divorciados, viúvos e pessoas prejudicadas social ou economicamente. Além de situações potencialmente traumáticas, Kapczinski e Margis (2003, p. 3) consideram outros fatores que devem estar presentes na caracterização do trauma: estão envolvidos na sintomatologia do TEPT, tais como: “a natureza do evento traumático, o número de exposições, a vulnerabilidade do indivíduo, a reação desse frente ao estressor, a rede de apoio após o evento, entre outros”.

Dorigo e Lima (2007, p.13), realizaram um estudo de caso clínico de um paciente com TEPT, no que refere ao suicídio na ocasião do diagnóstico, o paciente relatou não ter mais ideias suicidas, mas afirmou que, em certas ocasiões, não conseguia ver outra saída para seus problemas. “Houve também momentos em que parecia profundamente deprimido e outros em que manifestava sintomas graves, típicos da psicose, tais como delírios e alucinações”.

De acordo com a OMS (2001) o estresse pós-traumático causado em vítimas de Violência Doméstica, principalmente nas mulheres, aumenta o número de transtornos é um coadjuvante nas tentativas de suicídio. Resultados preliminares indicam uma relação altamente significativa entre essa violência e a ideia de suicídio (Tabela 2).

<b>Relação entre violência doméstica e intenções suicidas</b>								
<b>Porcentagem de mulheres que já pensaram em suicidar-se ( p&lt;0,001)</b>								
<b>Experiência de violência física por parceiro íntimo</b>	<b>Brasil<sup>1</sup> (n=940)</b>	<b>Chile<sup>2</sup> (n=631)</b>	<b>Egito<sup>2</sup> (n=631)</b>	<b>Índia<sup>2</sup> (n=6327)</b>	<b>Indonésia<sup>3</sup> (n=765)</b>	<b>Filipinas<sup>2</sup> (n=1001)</b>	<b>Peru<sup>1</sup> (n=1088)</b>	<b>Tailândia<sup>1</sup> (n=2073)</b>
Nunca	21	11	7	15	1	8	17	18
Já ocorreu	48	36	61	64	11	28	40	41

**Tabela 2: Relação entre violência doméstica e intenção de suicídios.**

**Fonte:** (OMS e OPAS, 2001, p. 57).

A tabela 2 apresenta dados significativos sobre as consequências do agravamento do estresse pós-traumático; se a pessoa não recebe atendimento adequado está sujeito a desenvolver outros transtornos e ideias suicidas. No contexto laboral, o diagnóstico de *estado de estresse pós-traumático*, pode ser feito em trabalhadores que apresentem quadros inicialmente de até 6 meses após um evento ou período de *estresse traumático*. O trabalhador apresenta características, tais como:

- Evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, aos qual o paciente foi exposto, em uma situação de trabalho ou relacionada ao trabalho;
- Rememorações ou revivescências persistentes e recorrentes do evento estressor em imagens, pensamentos, percepções ou memórias vívidas e/ou pesadelos e/ou agir ou sentir como se o evento traumático estivesse acontecendo de novo (incluindo a sensação de reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios dissociativos de *flashback*, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado) e/ou angústia quando da exposição a indícios internos ou externos que lembram ou simbolizam um aspecto do evento traumático e/ou reação fisiológica exacerbada a indícios internos ou externos que simbolizem ou lembrem um aspecto do evento traumático;
- Atitude persistente de evitar circunstâncias semelhantes ou associadas ao evento estressor (ausente antes do trauma) indicado por: Esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma; esforços para evitar atividades, lugares ou pessoas que tragam lembranças do trauma; incapacidade de lembrar, parcial ou completamente, alguns aspectos importantes do período de exposição ao estressor;
- Interesse ou participação significativamente diminuída em atividades importantes; sentimentos de distanciamento ou estranhamento dos outros; distanciamento afetivo (por exemplo, incapacidade de ter sentimentos amorosos); sentimento de futuro curto (por exemplo, não espera mais ter uma carreira, casamento, filhos, uma expectativa de vida normal)
- Sintomas persistentes de estado de alerta exacerbado; dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo; irritabilidade ou explosões de raiva; dificuldade de concentração; hipervigilância; resposta exagerada a susto. (MS, 2001, p.182);

O gestor de RH pode prevenir do *estado de estresse pós-traumático relacionado ao trabalho* envolvendo uma complexa rede de medidas de prevenção de acidentes, segurança e promoção de condições no trabalho, incluindo condições organizacionais do trabalho que respeitem a subjetividade dos trabalhadores.

O gestor ao perceber algo de diferente no trabalhador deve encaminhá-lo para atendimento médico integrado, com vigilância epidemiológica, “sendo desejável que o atendimento seja feito por uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, capacitada a lidar e a dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho”, como informa o MS (2001, p. 183).

#### **4.3.9 Neurastenia (Inclui Síndrome de Fadiga) (F48.0)**

O ministério da Saúde (2001) expõe que a característica mais marcante da *síndrome de fadiga relacionada ao trabalho* é a presença de fadiga constante, acumulada ao longo de meses ou anos em situações de trabalho, quando não existe a possibilidades de se obter descanso necessário e suficiente. O trabalhador já acorda cansado, apresenta sintomas como:

[...] Má qualidade do sono, dificuldade de aprofundar o sono, despertares frequentes durante a noite, especificamente insônia inicial, dificuldade para adormecer ou “a cabeça não consegue desligar”, irritabilidade ou falta de paciência e desânimo. Outros sintomas que podem fazer parte da síndrome são: dores de cabeça, dores musculares (geralmente nos músculos mais utilizados no trabalho), perda do apetite e mal-estar geral (MS, 2001, p.184).

De acordo com Rodrigues (2010) a fadiga causa alterações no organismo, que em conjunto, acarreta uma sensação generalizada de cansaço e, uma redução das capacidades física e mental do trabalhador. De acordo como referido autor, as perspectivas a cerca da fadiga relacionada ao trabalho, são:

- **Fadiga Física:** exprime-se pela falta de força muscular, por um estado de sonolência e uma grande necessidade de descanso;
- **Fadiga Mental:** marcada por falta de concentração, lapsos de linguagem e, por vezes, problemas de visão;
- **Fadiga Generalizada:** reflete-se num estado de cansaço enfadonho, ao qual se junta à preguiça, uma elevada apatia e também falta de motivação para realizar quaisquer tarefas;
- **Fadiga Muscular:** caracterizada por uma sensação aguda e dolorosa, em que a capacidade dos músculos diminui devido a excesso de carga muscular localizada e ao stress provocado por esforços físicos intensos;
- **Fadiga Emocional:** principalmente ligada a pessoas que trabalham com vítimas de acontecimentos traumáticos, sendo por isso um tipo de fadiga com uma forte componente emocional;
- **Fadiga Visual:** caso de fadiga que se revela através de vários sintomas incômodos como dores de cabeça, contração dos músculos da face, posições incorretas do corpo e uma visão encoberta (RODRIGUES, 2010, p.7-9).

Rodrigues (2010, p.11) expõe que a fadiga classifica-se em:

- **Fadiga Aguda:** é o tipo de fadiga mais comum, que desaparece ao fim de certo tempo de repouso, ou com a troca de tarefa, ou então com um abrandamento do ritmo de execução da tarefa em questão;
- **Fadiga Prolongada:** trata-se do tipo de fadiga que vai mais ao extremo, visto que esta não é revertida em curto prazo. Está diretamente ligado às tarefas realizadas, e os mecanismos de compensação referida na fadiga aguda, normalmente são ineficazes.

Para Rodrigues (2010, p. 14) as causas da fadiga decorrente do trabalho são muitas e dos mais variados tipos, tais como: “falta de horas de sono; esforço físico elevado; trabalho intelectual intenso; trabalho estressante; estado de doença; temperaturas extremas

(desconforto térmico); ambiente saturado (falhas de oxigênio, fumo); monotonia do trabalho; refeições pesadas; duração do trabalho”.

O MS (2001) expõe que trabalhadores expostos a algumas substâncias químicas podem desenvolver fadiga. As causas mais comuns que ocasionam a fadiga no trabalho são muitas e dos mais variados tipos: “trabalho em posições incorretas; deficiências visuais; falta de períodos de recuperação; trabalho por turnos; sedentarismo; ruído; iluminação insuficiente; alimentação deficiente; grande responsabilidade; conflitos” (RODRIGUES, 2010, p. 15).

O diagnóstico de *síndrome de fadiga relacionada ao trabalho* é feito a partir da anamnese ocupacional e da história de trabalho. Segundo o MS (2001) no roteiro de perguntas da anamnese devem-se incluir perguntas sobre; duração da jornada de trabalho; condições de trabalho; descanso durante a jornada; ritmo de trabalho; condições do processo laboral (presença de ruído e outros agressores); pressão no trabalho; condições de vida e habitacionais, condições de descanso e lazer do trabalhador. “Não esquecer que a *síndrome de fadiga relacionada ao trabalho* pode ser encontrada em trabalhadores desempregados, pois pode ter sido adquirida durante o trabalho anterior” (MS, 2001, p. 185).

O gestor de RH, ao observar diferença de comportamento do trabalhador, pode encaminhá-lo para atendimento médico e pode programar algumas ações de QVT na empresa, para minimizar o impacto desta demanda, tais como: a “implementação de medidas de higiene e segurança; criação de pequenos grupos de trabalho semiautônomos; existência de flexibilidade de horários; introdução de pausas durante o horário laboral; iniciação ao trabalho por turnos, mas de curta duração”. (RODRIGUES, 2010, p.22).

#### **4.3.10 Outros Transtornos Neuróticos Especificados (Inclui Neurose Profissional) (F48.8)**

O MS (2001) expõe que o grupo *outros transtornos neuróticos especificados* inclui *transtornos mistos de comportamento, crenças e emoções* que pode estar vinculada com uma determinada cultura. Aubert (*apud*, MS, 2001, p.186) definiu a neurose profissional como “uma afecção psicógena persistente, na qual os sintomas são expressão simbólica de um

conflito psíquico, cujo desenvolvimento encontra-se vinculado a uma determinada situação organizacional ou profissional”. A neurose profissional apresenta três formas clínicas, disponíveis no quadro 1:

<b>Neurose profissional atual</b>	Neurose traumática reativa a um trauma atual;
<b>Psiconeurose profissional</b>	Quando uma dada situação de trabalho funciona como desencadeante, reativando conflitos infantis que permaneciam no inconsciente;
<b>Neurose de excelência</b>	Desenvolvida a partir de certas situações organizacionais que conduzem a processos de estafa ( <i>burnout</i> ) pessoas que investem intensamente seus esforços e ideais em determinada atividade.

**Quadro 1:** Formas clínicas da neurose profissional.

**Fonte:** MS (2001, p. 187) (quadro adaptado para este estudo).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001) a categoria *neurose profissional* inclui os quadros psiquiátricos relacionados ao trabalho, onde aspectos subjetivos e características pessoais, aliadas às condições organizacionais do trabalho, causam sofrimento psíquico. “Geralmente, são quadros de evolução crônica que tendem a se definir como um padrão de comportamento. A organização do trabalho desempenha papel determinante no desenvolvimento desses padrões de comportamento, ao incentivar e explorar essas características pessoais”. (MS, 2001, p. 187).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças- CID-10, as seções Z55- e Z65 apresentam outros quadros inclusos no grupo da *neurose profissional*, com o trabalho poderá estar vinculada a circunstâncias socioeconômicas e psicossociais, entre elas:

[...] Problemas relacionados ao emprego e ao desemprego (Z56); desemprego (Z56.0); mudança de emprego (Z56.1); ameaça de perda de emprego (Z56.2); ritmo de trabalho penoso (Z56.3); má adaptação ao trabalho (condições difíceis de trabalho) (Z56.5); outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho (Z56.6). (MS, 2001, p. 187).

O Ministério da Saúde (2001) alerta que ao fazer um levantamento epidemiológico de excesso de prevalência desses transtornos em determinados grupos ocupacionais, sua ocorrência poderá ser classificada como doença relacionada ao trabalho, deixando de fazer parte do Grupo I da Classificação de Schilling, para ser incluído no Grupo II da Classificação

de Schilling, em que o trabalho pode ser considerado como fator de risco para o surgimento da doença.

O trabalhador apresenta sintomas como: cansaço, desinteresse, irritabilidade, alterações do sono (insônia ou sonolência excessiva), entre outros sintomas. O diagnóstico pode ser realizado com entrevistas onde o trabalhador expõe suas queixas, sintomas, sua história de trabalho e, como expõe a sua situação no trabalho. O MS (2001) destaca que a *neurose de excelência* e os valores pessoais caracterizados pelo alto nível de exigência articulado com a cultura organizacional são determinantes para o desenvolvimento da síndrome.

Como sugestão para os Gestores de RH, o MS (2001) relata que a prevenção das *neuroses profissionais relacionadas ao trabalho* “envolve mudanças na cultura da organização do trabalho, como o estabelecimento de restrições à exploração do desempenho individual, procurando metas coletivas que incluam o bem-estar de cada um”. Recomenda ainda a participação dos trabalhadores e dos níveis gerenciais é essencial para a implementação das medidas corretivas e de promoção da saúde que envolve modificações na organização do trabalho.

#### **4.2.11 Transtorno do Ciclo Vigília-Sono devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2)**

O *transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos* é definido como uma perda de sincronia, entre o ciclo vigília-sono do indivíduo e o ciclo normal do sono. Quando o ciclo é alterado por fatores psicológicos, psicossociais ou orgânicos, surge à insônia, interrupção precoce do sono ou de sonolência excessiva. O *transtorno do ciclo vigília-sono* surge pela jornada de trabalho à noite em regime fixo ou pela alternância de horários diurnos, vespertinos e/ou noturnos, em regime de revezamento de turnos (MS, 2001).

Considera-se jornada de trabalho normal diurna a divisão do tempo de trabalho no horário entre 6 e 18 horas, com base na semana de seis dias e nas quarenta e quatro horas semanais. No trabalho em turnos, os trabalhadores exercem suas atividades modificando seus horários de trabalho durante a semana, o mês (turnos alternantes) ou permanecem em horários fixos matutinos, vespertinos ou noturnos. Também são considerados os esquemas de trabalho em turnos e horários irregulares de entrada e saída no trabalho, a cada dia, semana ou mês (MS, 2001, p.189).



A relação do *transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos* com o trabalho poderá estar vinculada aos fatores que influenciam o estado de saúde com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais, inclusos na Seção Z55- e Z65 da CID-10 ou aos fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade inclusos na Seção Y90- e Y98 da CID-10.(MS, 2001). Os trabalhadores com esta doença podem ser enquadrados no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária, ou em casos particulares de trabalhadores podem eventualmente desencadear, agravar ou contribuir para a recidiva da doença, o que levaria a enquadrá-la no Grupo III da Classificação de Schilling. Os sintomas observáveis nos trabalhadores são:

[...] Dificuldades para adormecer, interrupções frequentes no sono, sonolência excessiva durante a vigília e percepção de sono de má qualidade, devem ser submetidos a exame diagnóstico diferencial (polissonografia) para confirmar a ausência de distúrbios de sono não relacionados com a organização do trabalho (MS, 2001, p. 189).

O MS (2001) recomenda que a participação dos trabalhadores e a sensibilização dos níveis gerenciais, são importantes para a criação de medidas que envolvem modificações na organização do trabalho. Ações do QVT, práticas de promoção da saúde no ambiente de trabalho, ações de educação e melhora nos esquemas de turnos podem minimizar os danos causados na saúde do trabalhador. “Devem ser aplicadas, prioritariamente, mudanças organizacionais para reduzir o número de turnos noturnos e/ou o número de dias de trabalho em horários irregulares e o número de pessoas expostas aos conflitos dos sincronizadores biológicos e sociais”. (MS, 2001, p.191).

#### **4.3.12 Síndrome de *Burnout* (Síndrome do Esgotamento Profissional) (Z73.0)**

Seligmann- Silva (*apud* MS, 2001, p 162) caracteriza a síndrome de *burnout* como exaustão emocional, despersonalização e autodepreciação. Segundo o autor esta relacionada a profissões ligadas à prestação de cuidados e assistência as pessoas, especialmente em situações economicamente críticas e de carência. As profissões mais vulneráveis a esta doença são as que “envolvem alto investimento afetivo e pessoal, em que o trabalho tem como objeto

problemas humanos, de alta complexidade e determinação, fora do alcance do trabalhador, como dor, sofrimento, injustiça, miséria”.

Neste prisma, Maslach *et.al* (*apud*, Batista, Carlotto, Coutinho e Augusto, 2010, p. 02) destaca as profissões que predispõe a síndrome;

[...] um fenômeno psicossocial que surge como uma resposta crônica aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho, que acomete profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, como professores, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, policiais, bombeiros etc.

O MS (2001, p. 162) alerta que “altos níveis de atenção e concentração exigidos para a realização das tarefas, combinados com o nível de pressão exercido pela organização do trabalho, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional ou *burnout*”. Segundo Maslach *et.al* (*apud* MS, 2001, p. ) a síndrome de esgotamento profissional é composta por três elementos centrais:

- **Exaustão emocional:** sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo;
- **Despersonalização:** reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo do público que deveria receber os serviços ou cuidados do paciente;
- **Diminuição do envolvimento pessoal no trabalho:** sentimento de diminuição de competência e de sucesso no trabalho.

O Ministério da Saúde (2001) recomenda que ao realizar o diagnóstico deva-se fazer uma diferenciação entre o *burnout*, que seria uma resposta ao estresse laboral crônico, de outras formas de resposta ao estresse.

A síndrome de *burnout* envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, aos clientes, à organização e ao trabalho, sendo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização. O quadro tradicional de estresse não envolve tais atitudes e condutas, sendo um esgotamento pessoal que interfere na vida do indivíduo, mas não de modo direto na sua relação com o trabalho. (MS, 2001, p. 192).

A relação do trabalho como causador da síndrome, coligado a outros fatores podem estar presentes, com a associação da suscetibilidade aumentada para doenças físicas, como no caso do uso de álcool ou outras drogas (para obtenção de alívio), que podem levar ao suicídio. Nos dias atuais têm sido descritos aumentos de prevalência de *síndrome de esgotamento profissional*, em trabalhadores onde as empresas passaram por transformações organizacionais, “como dispensas temporárias do trabalho, diminuição da semana de trabalho,

não reposição de substitutos, e enxugamento (*downsizing*) na chamada reestruturação produtiva”. (MS, 2001, 192).

Conforme recomendação do MS (2001, p. 192) a relação da *síndrome de burnout* com o trabalho, segundo o CID-10, poderá estar vinculada aos “fatores que influenciam o estado de saúde: [...] riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (Seção Z55-Z65 da CID-10)”. [...] “Havendo evidências epidemiológicas da incidência da síndrome em determinados grupos ocupacionais, sua ocorrência poderá ser classificada como doença relacionada ao trabalho, do Grupo II da Classificação de Schilling”.

Ao ser realizado o diagnóstico, alguns sintomas inespecíficos associados podem estar presentes, como insônia, fadiga, irritabilidade, tristeza, desinteresse, apatia, angústia, tremores e inquietação, caracterizando síndrome depressiva e/ou ansiosa. A prevenção da síndrome inclui mudanças na cultura organizacional, ações para diminuir a exploração do desempenho individual, diminuição da intensidade de trabalho, diminuição da competitividade, busca de metas coletivas que incluam o bem-estar de cada um (MS, 2001).

No próximo item serão apresentados subsídios sobre as consequências na Saúde Mental do trabalhador, advindos do assédio moral e do assédio psicológico no trabalho.

#### 4.4 ASSÉDIO MORAL E ASSEDIO PSICOLÓGICO NO TRABALHO

De acordo com Guimarães e Rimoli (2006, p. 01) pesquisas realizadas em alguns países europeus relatam que a violência e, o Assédio Psicológico (*mobbing*) têm afetado uma parte significativa da força de trabalho. Entretanto, no Brasil o fenômeno é rotulado como Assédio Moral, “vem sendo bastante estudado, sobretudo por juristas, havendo escassez de estudos realizados dentro do campo da saúde mental”; descrito habitualmente como uma Jornada de Humilhações (BARRETO, 2000).

*Mobbing* é caracterizado como:

Como o fenômeno no qual uma pessoa ou grupo de pessoas exerce violência psicológica extrema, de forma sistemática e recorrente e durante um tempo prolongado – por mais de seis meses e que os ataques se repitam numa frequência média de duas vezes na semana – sobre outra pessoa no local de trabalho, com a finalidade de destruir as redes de comunicação da vítima ou vítimas, destruir sua reputação, perturbar a execução de seu trabalho e conseguir finalmente que essa

peessoa ou pessoas acabe abandonando o local de trabalho (LEYMANN, 1990, p. 121).

Para Cohen (*apud* Tarcitano e Guimarães, 2004, p. 9) o termo assédio moral (no ambiente de trabalho) se define como: “toda e qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho”.

Heinz Leymann, (*apud* Tarcitano e Guimarães, 2004, p. 9) descreve o Assédio Moral como;

(...) É a deliberada degradação das condições de trabalho através do estabelecimento de comunicações não éticas (abusivas) que se caracterizam pela repetição por longo tempo de duração de um comportamento hostil que um superior ou colega (s) desenvolve (m) contra um indivíduo que apresenta, como reação, um quadro de miséria física, psicológica e social duradoura.

É imperativo entender que o Assédio Moral se caracteriza pelo abuso de poder de forma repetida e sistematizada, e não é uma doença mental, mas as implicações causadas nas pessoas vitimadas geram muitos sintomas que o transformam em doença mental e, que podem levar ao suicídio. O *mobbing* ou assédio psicológico no trabalho é uma *síndrome psicossocial multidimensional*, como pontuam Guimarães e Rimoli (2006, p. 7):

- *Síndrome* porque se apresenta comumente com um complexo de sintomas físicos e psíquicos específicos e inespecíficos não redutíveis a uma configuração típica e facilmente diagnosticável;
- *Psicossocial* porque afeta o indivíduo, o grupo de trabalho e a organização produzindo disfunções em nível individual e coletivo;
- *Multidimensional* porque se origina e desenvolve permeando e afetando a todos os níveis hierárquicos da organização e também com importantes repercussões externas.

O Assédio Moral no Trabalho é um coadjuvante para as ideias suicidas: “A única esperança para o suicida laboral é o corte trágico de relações com aqueles que lhe causam feridas, pois vê nessa ruptura um horizonte novo, de paz e longe das tolices do poder ditatorial. O livrar-se desses ditadores é para o suicida, sinônimo de renovação”. (MARTINS, 2010, p. 69).

O Assédio Moral ou *mobbing* é considerado violência pessoal, moral e psicológica, vertical (ascendente ou descendente) ou horizontal no ambiente de trabalho, em que muitos

trabalhadores são submetidos, causando danos a saúde mental, como assevera Guimarães e Rimoli (2006, p. 2):

A presença da violência no ambiente de trabalho implica em custos consideráveis para os indivíduos em termos de saúde e em relação a seu emprego e para a organização, dado o impacto causado pelo absenteísmo, baixa na produtividade e rotatividade de pessoal. O combate à violência no trabalho traz benefícios ao indivíduo, a organização e a sociedade como um todo.

Guimarães e Rimoli (2006) apresentam quatro formas de expressão do *mobbing*, dispostos e as suas ações, dispostas no quadro 04;

GRUPOS DE AÇÕES	MECANISMOS
<b>Manipulação da comunicação da vítima</b>	- Negação de informação relativa ao posto de trabalho, como as funções e responsabilidades, os métodos de trabalho: a quantidade, qualidade e prazos do trabalho a ser realizado. - Comunicação hostil explícita, com críticas e ameaças públicas. - Comunicação hostil implícita, como o não dirigir palavra, ou negar cumprimento.
<b>Manipulação da reputação da vítima</b>	- Realização de comentários injuriosos, com ridicularizações públicas, relativas ao aspecto físico ou as ideias ou convicções políticas ou religiosas. - Realização de críticas sobre o profissionalismo da vítima. - Assédio sexual da vítima.
<b>Manipulação do trabalho da vítima</b>	- Aumento da sobrecarga de trabalho. - Atribuição de trabalhos desnecessários, monótonos ou rotineiros; Atribuição de tarefas de qualificação inferior a da vítima ( <i>shunting</i> ); Atribuição de demandas contraditórias ou excludentes; Atribuição de demandas contrárias aos padrões morais da vítima; Não atribuição de tarefas; Negação dos meios de trabalho.
<b>Manipulação das contrapartidas laborais</b>	- Discriminação no salário, nos turnos, jornada ou em outros direitos; Discriminação quanto ao respeito, o tratamento ou no protocolo.

**Quadro 04:** Formas de expressão do *mobbing*

**Fonte:** Guimarães e Rimoli (2006, p. 7).

O MS (2008, p.10) expõe que os reflexos nos trabalhadores que sofrem o assédio moral são extremamente significativos, vão desde a queda da autoestima até o surgimento de problemas de saúde, entre eles destacam os seguintes sintomas:

- Depressão, angústia, estresse, crises de competência, crises de choro, mal-estar físico e mental;
- Cansaço exagerado, irritação constante;
- Insônia, pesadelos, alterações no sono;
- Diminuição da capacidade de concentração e memorização;
- Isolamento, tristeza, redução da capacidade de fazer amizades;
- Falta de esperança no futuro;
- Mudança de personalidade, reproduzindo as condutas de violência moral;

- Mudança de personalidade, passando a praticar a violência na família;
- Aumento de peso ou emagrecimento exagerado;
- Distúrbios digestivos, aumento da pressão arterial, tremores e palpitações.
- Falta de esperança no futuro;

De acordo o MS (2008, p.11) estudos realizados demonstraram que geralmente o assédio moral não está “relacionado à produtividade, mas às disputas de poder; o assédio passa a se atrelar a uma dimensão psicológica fundamental, a inveja e a cobiça que levam os indivíduos a controlar o outro e a querer tirá-lo do caminho”.

Guimarães e Rimoli (2006, p. 7) expõem que as organizações de trabalho podem desenvolver estratégias para acabar com o *mobbing*, tais como:

- Estabelecimento de planos preventivos, tanto de informação e formação como de implementação de adequados Protocolos de Ação.
- Criar uma cultura organizacional que minimize e evite o *mobbing*;
- Gerar estilos de gestão do conflito e de liderança participativos;
- Dotar as potenciais vítimas de instrumentos de comunicação formal do problema na organização;
- Dispor de indicadores que circunscrevam a situação da organização com relação ao assedio psicológico, do mesmo modo dado aos acidentes de trabalho;
- Avaliação dos riscos psicossociais da organização do trabalho;
- Avaliação dos riscos ocupacionais de origem psicológica, psicossocial e organizacional;
- Criação e execução de projetos e planos para o desenvolvimento da qualidade de vida profissional.

O Assédio Moral é crime e deve ser denunciado; quem o comete deve ser punido na forma da lei. Para isso a Justiça conta com o amparo legal da Constituição Federal, CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e com o Código Cível. Os danos sofridos pela vítima podem gerar direito a indenizações por danos de caráter material e moral. (MS, 2008).

No próximo item serão apresentadas estratégias do QVT para minimizar as ocorrências do suicídio laboral.

#### 4.5 ESTRATÉGIAS DO QVT QUE PODEM MINIMIZAR A OCORRÊNCIA DE SUICÍDIO LABORAL.

QVT é uma concepção de vida do ser humano no trabalho, resultado de uma tendência crescente de humanização do trabalho destes seres, de tornar o trabalho mais interessante, envolvente e eficaz em todos os níveis da organização. Esta é uma característica de organizações cuja administração está orientada para as pessoas, diferentes entre si e ricas em

potencial criativo (SANCHES, 1977). A qualidade de vida do trabalhador está diretamente incluída no desenvolvimento organizacional, direcionada para aspectos de satisfação no cargo e valorização do trabalho. Conforme Heerdt *et al* (2005, p.100), existem fatores que devem ser considerados sobre a qualidade de vida no trabalho que podem minimizar os suicídios laborais:

- **Compensação adequada e clara:** salário justo;
- **Ambiente seguro e saudável:** com o intuito de preservar a saúde e o bem-estar do empregado;
- **Crescimento e segurança:** valorização do indivíduo, considerando as oportunidades e a expansão de suas potencialidades, planos de carreira e de sucessão;
- **Autenticidade:** o indivíduo se autodirige plenamente, a partir de disseminação da proposta que assinala o autocontrole;
- **Relevância social:** empenho por parte da alta administração e da gerência no sentido de valorizar o trabalho realizado por diferentes categorias e níveis profissionais, como a profissão escolhida pelos indivíduos pertencentes à organização;
- **Total espaço de vida do indivíduo:** vida extra organização, tempo de lazer, recreação e dedicação a família;
- **Meta para a autorealização:** o indivíduo caminha para o encontro consigo próprio, com o ajuste de suas potencialidades.

Fatores associados à motivação, à comunicação e à participação, estão unidos neste enfoque, sendo evidente que o nível de participação do trabalhador, assinala em que grau o ambiente organizacional se torna um facilitador para a efetiva integração. Para Kanaane (1994), deve-se analisar os fatores individuais associados à formação do trabalhador, pois esses refletem a percepção que ele tem do clima organizacional. Associado a isso está incluída a história pessoal de cada trabalhador e seus valores sociais. O autoconhecimento, aliado ao desempenho da autoestima, fornecem instrumentos para que o indivíduo se perceba e, a partir desse referencial, poder-se-á identificar o grau de influência interpessoal decorrente do ambiente de trabalho.

Nessa perspectiva, segundo Heerdt *et al* (2005), a qualidade de vida do indivíduo para com seu trabalho, possibilita a sua capacidade de inovar e de ser criativo, desde que sejam propiciadas condições ambientais e profissionais, que conduzam à auto realização profissional. No QVT, a força humana pode ser direcionada para a realização dos objetivos,

quer sejam eles pessoais ou profissionais, possibilitando ao indivíduo as condições de demonstrar seu potencial, e tendo como resultante a sua realização pessoal.

O QVT pretende criar nas pessoas uma atitude mais positiva com relação ao trabalho, tendo como preocupação prioritária atender suas necessidades, a fim de melhorar seu relacionamento com o trabalho e, desta forma, a produtividade é uma decorrência natural, até mesmo um subproduto (SANCHES, 1977). É algo que ocorre dentro das pessoas e entre as pessoas, num processo de interação baseado no respeito mútuo entre os membros do grupo de trabalho. Isto porque este é um processo em que a solução de problemas e a tomada de decisões que os afetam, devem ser resultado da ativa participação dos empregados.

Dos resultados desse esforço conjunto de empresa e empregados, não só se produzirá soluções e decisões mais eficazes, como também um sentimento maior de realização das pessoas no trabalho. Assim, QVT está intimamente ligada à cooperação, visando fazer da situação de trabalho uma situação onde todos ganham. Qualidade de Vida no Trabalho não é uma ameaça ao poder do gerente ou direito de gerenciar, ao contrário, quando adequadamente implementado, todo mundo ganha mais poder, mas um poder de influenciar e criar resultados (SANCHES, 1997, p. 01).

A QVT é um processo de mudança contínua do clima organizacional, um processo evolutivo e compartilhado por todos os envolvidos; só assim os suicídios laborais deixarão de existir. Como tal, aborda a organização como um sistema sócio técnico, aonde estes dois aspectos em interação devem estar em equilíbrio, a fim de que haja uma verdadeira humanização do trabalho, obtendo como decorrência natural, a produtividade (SANCHES, 1997).

#### 4.6 AÇÕES DO RH NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO LABORAL.

De acordo com o MS (2001, p. 162) as ações organizacionais para prevenção dos *transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho*, baseiam-se em procedimentos da vigilância dos agravos à saúde e, dos ambientes e condições de trabalho. “Utiliza conhecimentos médicos-clínicos, epidemiológicos, de higiene ocupacional, toxicologia, ergonomia, psicologia, entre outras disciplinas”.



O MS (2001, p.162) pontua que as ações direcionadas a valorização do ambiente de trabalho, baseiam-se na percepção dos trabalhadores sobre seu trabalho e a sua saúde, estas ações envolvem:

- Reconhecimento prévio das atividades e locais de trabalho onde existam substâncias químicas, agentes físicos e/ou biológicos e os fatores de risco decorrentes da organização do trabalho potencialmente causadores de doença;
- Identificação dos problemas ou danos potenciais para a saúde, decorrentes da exposição aos fatores de risco identificados;
- Identificação e proposição de medidas que devem ser adotadas para a eliminação ou controle da exposição aos fatores de risco e para proteção dos trabalhadores;
- Educação e informação aos trabalhadores e empregadores.

O gestor de RH deve incluir a participação dos trabalhadores nas decisões que os envolvam, inclusive os dos níveis gerenciais; política essencial para a implantação de medidas corretivas e de promoção da saúde, que envolvam modificações na organização do trabalho (MS, 2001); deve fazer uma análise completa do local de trabalho, avaliar os fatores biopsicossociais, para compreender as razões pelas quais um determinado funcionário poderia desenvolver uma doença mental relacionada ao trabalho, conquanto outro ou outros, submetido às mesmas condições, não apresentasse esse potencial de risco.

Outro fator absolutamente importante a ser considerado pelo Gestor de RH é o recrutamento e seleção de pessoal; avaliar fatores ligados ao relacionamento interpessoal e intrapessoal. Muito embora não possa prever acontecimentos futuros, redundantes das características individuais, dos traços de personalidade, da história de vida, e do modo dos indivíduos lidarem com acontecimentos rotineiros no ambiente de trabalho, todo o processo de recrutamento deve ser tangenciado por medidas cautelares, assentadas na descrição de função de cada novo funcionário.

O gestor ao suspeitar ou confirmar a relação da doença com o trabalho, deve-se:

- Informar ao trabalhador;
- Examinar os expostos, visando a identificar outros casos;
- Notificar o caso aos sistemas de informação em saúde (epidemiológica, sanitária e/ou de saúde do trabalhador), por meio dos instrumentos próprios, à DRT/MTE e ao sindicato da categoria;
- Providenciar a emissão da CAT, caso o trabalhador seja segurado pelo SAT da Previdência Social;
- Orientar o empregador para que adote os recursos técnicos e gerenciais adequados para eliminação ou controle dos fatores de risco. (MS, 2001, p.162).

O diagnóstico de uma doença mental relacionada ao trabalho, não é uma tarefa simples, uma vez que exige uma avaliação multidisciplinar em saúde e, a capacidade de investigar detalhadamente a história de vida do paciente, para identificar os fatores que corroboraram no processo de adoecimento. É muito importante que o Gestor de RH tenha auxílio de um psicólogo no processo de diagnóstico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta pesquisa, através dos dados obtidos com o levantamento bibliográfico, foi possível expor minimamente as doenças mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, que podem em alguma medida, estarem associados ao suicídio laboral. Identificou-se que algumas doenças originárias do trabalho podem estar associadas aos suicídios laborais, todavia nem todos os casos suicídios são gerados por estas, mas de elementos contidos na cultura organizacional, que alteram o clima organizacional de uma organização causando sofrimento, insatisfação pessoal e profissional. Ou ainda somente para aquelas pessoas que têm um ego frágil, ou que são inseguras ou que não conseguem lidar com ordens de superiores, ou ainda aqueles que trabalham em uma determinada atividade sem outra opção de mudança, ou por determinação de terceiros. Através dos documentos do SIM, foi possível conhecer o perfil sócio demográfico dos suicídios ocorridos em Santa Catarina entre os anos de 1996-2012.

Esta pesquisa identificou que entre os anos de 1996 e 2012, somaram 7.441, destes 1.394 cometidos por mulheres e 6.077 por homens. Isso induz a necessidade de se repensar à construção social de gênero, que ainda se constitui em estereótipos perpetuados há séculos na cultura patriarcal e, que estabelece diferenças e crenças em valores estigmatizados, sob os quais o homem não pode adoecer. A sociedade espera que o comportamento do homem não seja sensível, mas rude, enérgico; afinal, “homem não chora”!

O Ministério da Saúde (2008) expõe que culturalmente o homem não pode ficar doente, pois é o provedor do lar, e isso faz com que ele não procure os serviços de atenção à saúde, e quando o faz é em casos de urgência. O MS (2008) destaca que da população de homens na faixa de 25 a 59 anos: são os mais vulneráveis à violência, seja como autor, seja como vítima se suicidando. Do total de óbitos do sexo masculino por causas externas, ocorridos em 2005, 40,3% foram por homicídios, 30,0 % por acidentes de transporte, 7,4% por suicídios, sendo 22,3% por outras causas.

Nos suicídios cometidos em Santa Catarina são predominantes os métodos violentos: o enforcamento, estrangulamento e a sufocação, totalizando 5.314 suicídios, acompanhados por 1.032 suicídios realizados por arma de fogo. Identificou-se ainda, que a maior parte dos suicídios cometidos foi por indivíduos com a idade entre 20 e 64 anos, totalizando 6.099 suicídios. A predominância dos suicídios é de pessoas brancas com o total de 5.769 mortes.

A maior parte dos suicídios identificados aconteceu nas residências dos indivíduos, com um total de 4.858 casos; 839 em hospitais; 357 em via pública; 8 em outros estabelecimentos de saúde e 1383 em outros lugares não relatados ao Sistema de Informação de Mortalidade. Constatou-se que 2.450 suicidas eram solteiros; 3.254 casados; 441 viúvos; 507 separados judicialmente; 819 com o estado civil ignorado ou não informado. Observou-se que no outono ocorreram 1.942 suicídios, no inverno foram 1.738, na primavera aconteceram 1.788 e no verão 2.000.

Averiguou-se a importância de ações por parte da organização, com uma equipe multidisciplinar para atender os trabalhadores acometidos de doenças relacionadas ao trabalho. Notou-se que dentre as doenças mentais relacionadas ao trabalho, o alcoolismo é a doença mais agravante ao suicídio laboral; de difícil intervenção pela não controle do consumo.

Cabe ressaltar, ainda, que as doenças mentais e do comportamento podem ser prevenidas (ou amenizadas), através da adoção de uma série de medidas nos contextos de trabalho; com atendimento ao trabalhador e, suporte psicológico para amenizar os danos causados pelo trauma, poder-se-á evitar o suicídio laboral. Sob este enfoque, é importante relatar a responsabilidade dos empregadores e das empresas, independente do ramo de atuação e, da infração das legislações ambientais, sanitárias e trabalhistas para aqueles que não criam incentivos ou não invistam na prevenção dos agravos a saúde do trabalhador. (MS, 2005).

No Brasil, com o aumento do desemprego aumentou o número de trabalho informal, que fogem a legislação e ao controle dos órgãos públicos, tornando-se fontes de intenso sofrimento para os trabalhadores, que se submetem a qualquer tipo de trabalho, pois o desemprego ocasiona a falta de possibilidades de novas inserções profissionais, alterando a saúde mental dos trabalhadores. Este novo perfil ocupacional no Brasil passa a gerar situações de pobreza e miséria, [...] considerado, nessa circunstância, como um coadjuvante de casos de suicídios. (MS, 2005).

É imperativo frisar a importância da participação dos trabalhadores junto aos sindicatos, segmentos da sociedade e à direção da empresa, elaborando ações para a promoção e prevenção de doenças sócio profissionais, com o RH podendo mediar às reivindicações junto a classe patronal. O RH pode contribuir realizando avaliações de desempenho, treinamentos, pesquisas de clima periodicamente, para identificar permanentemente os níveis de satisfação e insatisfação dos trabalhadores, e assim propor ações para melhorar o clima organizacional, ou até mesmo a implantação do QVT.

Cabe ao trabalhador denunciar junto aos órgãos responsáveis pela vigilância e saúde do trabalhador, quaisquer formas de trabalhos que sejam dolosos, insalubres ou de princípio escravo a que são submetidos, Ressalte-se ainda a importância das denúncias, pois só assim é possível cumprir o que preconiza a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), elaborada pelos Ministérios do Emprego e do Trabalho: “*trabalhar sim, adoecer, não*”!

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- AGOSTINHO, Santo. **A Cidade de Deus: Contra os Pagãos**. Trad. de Oscar Paes Leme. São Paulo. Ed. São Francisco, Parte I e II, 2007.
- \_\_\_\_\_. **O LIVRE ARBÍTRIO**. Trad. de Nair de Assis Oliveira. Ed. Paulus, São Paulo, 1995.
- \_\_\_\_\_. **Diálogo sobre a alma e a morte de Sócrates**. Editora Nova Cultural, São Paulo, 2000.
- ALVAREZ, A. **O Deus Selvagem: um estudo do suicídio**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- AMARAL, Carlos Eduardo Vizzaccaro, AMARAL, André Luís Vizzaccaro, AMARAL, Sergio Augusto Vizzaccaro. **AGRAVOS À SAÚDE FÍSICA E MENTAL DO TRABALHADOR: o assédio moral indireto e os desafios para o trabalhador no século XXI**. 2010. Disponível em: [www.estudosdotrabalho.org/02RevistaRET7.pdf](http://www.estudosdotrabalho.org/02RevistaRET7.pdf) Acesso em 18 de julho de 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diretrizes para o tratamento e transtornos psiquiátricos: compêndio 2006**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- ANGERAMI, Valdemar Augusto. **Suicídio: Fragmentos de Psicoterapia Existencial**. São Paulo: Pioneira, 1997.
- AQUINO, São Tomás; **Vida e obra**. São Paulo. Editora Cultural, 2000.
- ARANHA, Maria Lucia de Arruda; PIRES, Maria Lucia. **INTRODUÇÃO A FILOSOFIA**. Ed. Moderna, São Paulo, 1986.
- ARISTÓTELES. **Ética e Nicômaco**. Tradução Edson Bini, 2ed. São Paulo: Edipro. 2007.
- BAHLS, Saint-Clair; BOTEGA, Neury José. Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. In: MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andréa de Abreu Feijó de; KOHN, Roberto. **Epidemiologia da Saúde Mental No Brasil**. São Paulo: Artmed, 2007, p.151-172.
- BARRETO, M. (2000). **Uma Jornada de Humilhações**. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- BASTOS, Rogério Lustosa; **Suicídio: estudo psicossocial**. Rio de Janeiro: E-papers, 2006.
- BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; CARLOTTO, Mary Sandra; COUTINHO, Antônio Souto and AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. **Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB**. *Rev. bras. epidemiol.* 2010, vol.13, n.3, pp. 502-512.

BERTOLETE, José Manoel; FLEISHMANN, Alexandra; Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.35-44.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.252, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2009**. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102068-3252> Acesso em 21 de janeiro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA/GM, N.º 1.339/1999**. Disponível em: [dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html) Acesso em 21 de janeiro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, 3ª CNST: trabalhar, sim, adoecer, não**, coletânea de textos. Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social, Brasília. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. 2001. Disponível em: [dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02\\_0388\\_M1.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf) Acesso em 21 de janeiro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA N Nº 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_1876.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1876.pdf). Acesso em 30 de junho de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 2.542/GM DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005**. Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2542.htm>. Acesso em 30 de junho de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei 10.216, de 6/04/2001**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em 08 de junho de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Taxas de suicídio no Brasil e no Mundo em 2009**. Disponível em: <http://portaldocoracao.uol.com.br/materias.php?c=saude-mental&e=3501>. Acesso em 31 de março de 2012.

BRASIL, Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. UNICAMP, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf). Acesso em 13 de março de 2012.

BRASIL, Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde. **RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**. 2001. Disponível em: [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf) Acesso em 21 de janeiro de 2013.

BRASIL, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). **Perfil epidemiológico dos Suicídios de Santa Catarina.** Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim\\_causas\\_externas.def](http://www.saude.sc.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim_causas_externas.def). Acesso em 19 de março de 2012.

BRASIL, SUPRE; World Health Organization. **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS.** Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/254.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/254.pdf). Acesso em 31 de março de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assédio: violência e sofrimento no ambiente de trabalho: assédio moral** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/CartilhaMoral.pdf> Acesso em 21 de janeiro de 2013.

BRODBECK, Ingrid Mary; **Suicídio: uma abordagem para prevenção.** Episteme, Tubarão, v.8, n.22/23, p.251-272, Nov/jun.2000/2001.

CABRAL, Álvaro; NICK, Eva. **Dicionário Técnico de Psicologia.** São Paulo: Cultrix, 1979.

CATALDO NETO, Alfredo; GAUER, Gabriel José Chittó; FURTADO, Nina Rosa. **Psiquiatria para estudantes de medicina.** Porto Alegre: Edipucrs, 2003.

CASSORLA, Roosevelt M.S. **Considerações sobre o suicídio.** In Estudos Brasileiros sobre o suicídio. Roosevelt Moises Smeke Cassorla (coordenador) Campinas SP: Papirus, 1991.

CID-10-**Classificação Internacional de Doenças.** Disponível em: <http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10/capitulos>. Acesso em: 12 de outubro de 2012.

COSTA, Dilma Castro; SILVA, Maria Aparecida da. **Suicídio em Mato Grosso do Sul: Análise Epidemiológica dos Anos 1984, 1994 e 2004.** Disponível em: <http://www.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=11496>. Acesso em 12 de Junho de 2012.

D'ASSUMPÇÃO, Evaldo A.; D'ASSUMPÇÃO, Gislaíne M.; BESSA, Halley Alves. **Morte e Suicídio: uma abordagem multidisciplinar.** Petrópolis: Vozes, 1984.

DASTUR, Françoise. **A Morte – Ensaio sobre a finitude.** Trad. De Maria Tereza Pontes. Ed. Bertrand, RJ – 2002.

DEBATES, Revista: **Psiquiatria hoje.** 2010. Disponível em: [http://www.abpbrasil.org.br/medicos/publicacoes/debates/PSQDebates\\_7\\_Janeiro\\_Fevereiro\\_lightpdf](http://www.abpbrasil.org.br/medicos/publicacoes/debates/PSQDebates_7_Janeiro_Fevereiro_lightpdf). Acesso em 15 de janeiro de 2013.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. **A banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1999.



- DEJOURS, C, BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho: o que fazer?** Sobradinho (DF): Paralelo 15; 2010.
- DORIGO, J. N.; LIMA, M. E. A. **O transtorno de estresse pós-traumático nos contextos de trabalho: reflexões em torno de um caso clínico.** *Caderno de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 55-73, jun. 2007.
- DOSSIER. **France Telecom: Suicídios e pressão laboral.** Disponível em: <http://www.esquerda.net/dossier/france-telecom-suic%C3%ADdios-e-press%C3%A3o-laboral> Acesso em: 04 de novembro de 2012.
- DURANT, Will. **Filosofia da Vida.** Tradução de Monteiro Lobato. Cia. Editora Nacional, São Paulo, 1956.
- DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social:** As regras do método sociológico; O suicídio; As formas elementares da vida religiosa. São Paulo: Abril Cultural, 1978.  
 \_\_\_\_\_ **O Suicídio.** Lisboa: Presença, 1897.
- FÉDON: **diálogo sobre a alma e a morte de Sócrates.** Editora Martin Claret, São Paulo, 2003.
- GAMA, Jose de Souza. **A derrota do Suicídio.** Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1987.
- FREITAS, Maria Ester de. **SUICÍDIO, UM PROBLEMA ORGANIZACIONAL,** 2011. Disponível em: <http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/54-57.pdf> . Acesso em: 12 de outubro de 2012.
- GERSCHENFELD Ana. **“Um suicídio no trabalho é uma mensagem brutal”.** Entrevista a Christophe de Dejours. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador - DSAST. 2010. Disponível em: [http://www.publico.pt/Sociedade/um-suicidio-no-trabalho-e-uma-mensagem-brutal\\_1420732](http://www.publico.pt/Sociedade/um-suicidio-no-trabalho-e-uma-mensagem-brutal_1420732) Acesso em 13 de maio de 2012.
- GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães , RIMOLI, Adriana Odalia. **"Mobbing" (assédio psicológico) no trabalho:** uma síndrome psicossocial multidimensional. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2006, vol.22, n.2, pp. 183-191.
- HARRISON, G.; LLOYD, K. Suicide and undetermined injuries: the case for a public health target. *International Review of Psychiatry*, v.12, p. 5-6, 2000. In MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andréa de Abreu Feijó de; KOHN, Roberto. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil.** São Paulo: Artmed, 2007.
- HEERDT, Moacir., HEERDT, Mauri Luiz. **Sociologia das organizações.** Revista Unisul Virtual, Palhoça, 2005.
- HELOANI, José Roberto and CAPITAO, Cláudio Garcia. **Saúde mental e psicologia do trabalho.** *São Paulo Perspe.* 2003, vol.17, n.2, pp. 102-108.

- HESSEN, Johannes. **Filosofia dos Valores**. Trad. De L. Cabral de Moncada. Armênio Amado, Editor – Coimbra, Portugal, 1980. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462009000600007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462009000600007&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 13 de maio de 2012.
- HESKETH, José Luiz ; CASTRO, Archimedes Guimarães de. **Fatores correlacionados com a tentativa de suicídio**. 1978. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101978000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101978000200005&script=sci_arttext) Acesso em 11 de julho de 2013.
- HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- KALINA, Eduardo; KOVADLOFF, Santiago; **As cerimônias da destruição**. Rio de Janeiro. Editora Francisco Alves S.A., 1983.
- KANAANE, R. **Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI**. São Paulo: Nova Cultural, 1994.
- KAPCZINSKI, F. & MARGIS, R. (2003). **Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 25 (supl. 1), 3-8.
- KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Bejjami, J. e GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.  
\_\_\_\_\_ **Compêndio de Psiquiatria**- 9 ed.- Porto Alegre: Artmed, 2007.
- KOVÁCS, Maria Julia. **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo; Casa do Psicólogo, 1992.
- LARA, Eduardo Martins; XAVIER, Marcelo Souza; GONÇALVES, Márcia. **Psiquiatria na Prática Médica: Perfil dos pacientes envolvidos em tentativas de suicídio por intoxicação exógena no pronto socorro de Taubaté**. Psychiatry on line Brasil. Setembro de 2009, vol.14-n9.
- LAVILLE, Chistian, DIONE, Jean, **A Construção do Saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**, Porto Alegre, Artes Médicas Sul Ltda, 1999.
- LEONEL, Vilson; MOTTA, Alexandre de Medeiros. **Ciência e Pesquisa: Palhoça**, Unisul Virtual, 2007.
- LEYMANN, H. (1990). **Mobbing and psychological terror at workplaces**. Violence and Victims, 5, 119-126.
- LINHARES, M.T.M. **Matar-se a si mesmo é um ato injusto?** Prisma Jurídico, São Paulo, v.7, n.1, p.187-202, jan./jun. 2008.
- LORENCINI, Álvaro. CARRATORE Enzo Del. **EPICURO - CARTA A MENECEU**. São Paulo: UNESP, 1997.

- LOVISI, Giovanni Marcos; SANTOS, Simone Agadir; LEGAY, Letícia; ABELHA, Lucia; VALENCIA, Elie. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006.** 2009; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462009000600007&script=sci\\_abstract&tlng=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462009000600007&script=sci_abstract&tlng=PT) Acesso em 13 de maio de 2012.
- LOWEN, Alexander; **O corpo em depressão: as bases biológicas da fé e da realidade.** São Paulo: Summus, 1983.
- MARTINS, Cleber Donizeti. **Suicídio Laboral: Um caso real de Assédio Moral.** 2019. Disponível em: [www.assediomoral.org/.../Suicidio Laboral - Um Caso Real de A...](http://www.assediomoral.org/.../Suicidio_Laboral_-_Um_Caso_Real_de_A...) Acesso em 13 de maio de 2012.
- MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. Introdução à administração. 5. ed. rev. São Paulo: Atlas, 2000.
- MERCK, Manual. **Comportamento suicida.** Disponível em: <http://www.manualmerck.net/?id=111> .Acesso em 21 de junho de 2013.
- MINAYO, MCS. Suicídio: **Violência auto infligida.** Ministério da saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, 2007.
- MINGHETTI, Antonio A. **"Zumblick para sempre"**. Edição de Volnei Martins Bez e Valmiré Rocha dos Santos. Florianópolis - SC. Secco, 2010, ISBN - 978-85-98128-29-0.
- MINGHETTI, Lenir Rodrigues; KANAN, Lilia Aparecida (Dr<sup>a</sup>). **Interfaces da Psicologia Com o Risco de Suicídio.** Lages: Ed. do Autor, 2010. 162 p. Número de Chamada: 150 M663i. Universidade do Planalto Catarinense-UNIPLAC.
- MORENTE, Manuel Garcia. BENGOCHEA, Juan Zaragüeta. **Fundamentos de Filosofia.** Editorial Espasa-Calpe, Madrid – Espanha, 1960.
- NARDI, Antonio Egidio. **Questões atuais sobre depressão.** São Paulo: Lemos editorial, 2006.
- NETTO, Andrei **Executivo da France Telecom sai, depois de 24 suicídios na empresa.** 2009. Disponível em: <http://revistaquem.globo.com/Revista/Quem/0,,EMI96885-9531,00-EXECUTIVO+DA+FRANCE+TELECOM+SAI+DEPOIS+DE+SUICIDIOS+NA+EMPRESA.html> Acesso em: 04 de novembro de 2012.
- NUNES, Everardo Duarte; Perspectiva sociológica. In: WERLANG, B. G.; BOTEAGA, N. J. **Comportamento Suicida.** Porto Alegre: Artmed, 2004.
- OLIVEIRA, Marcia Sandrini Cascaes Pereira; KIENEN, Nádia. **O manejo que profissionais da saúde realizam para prevenir o suicídio em casos que envolvem risco de suicídio.** Trabalho de Conclusão de Curso da graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina- UNISUL. Palhoça, 2008.
- PALHARES, P.A.; BAHLS, S.C. **O Suicídio nas civilizações: uma retomada histórica** Arquivo Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, v.97, 2003. Disponível

em: <http://www.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=11496>. Acesso em 30 de março de 2012.

PORTO, José Alberto Del; **Depressões**: ASPEN-Saúde Mental. EPM: Editora de Projetos Médicos. São Paulo-SP, 2005.

RODRIGUES, Bruno Daniel Almeida. **A fadiga no trabalho**. 2010. Disponível em: [http://prof.santana-e-silva.pt/EGI\\_grh/trabalhos\\_10\\_11/Fadiga%20no%20Trabalho.pdf](http://prof.santana-e-silva.pt/EGI_grh/trabalhos_10_11/Fadiga%20no%20Trabalho.pdf). Acesso em 21 de janeiro de 2013.

SADOCK, Virginia Alcott; SADOCK, Benjamin J. **Compêndio de psiquiatria: ciência o comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANCHES, J.J. **Iº SEMINÁRIO QVT** – Coca Cola. Material impresso. Rio de Janeiro, 1997.

SANTOS, Marcelo Augusto Finazzi; Siqueira, Marcus Vinícius Soares; MENDES, Ana Magnólia. **Tentativas de Suicídio de Bancários no Contexto das Reestruturações Produtivas**. RAC, Curitiba, v. 14, n. 5, pp. 925-938, Set./Out. 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/rac> Acesso em 30 de março de 2012.

SARAIVA, F.R. dos Santos. **Dicionário Latino-Português**. Rio de Janeiro: Ed. Livraria: Garnier, 2006.

SERRANO, Alan Índio. **Chaves do Óbito Autoptovocado: sua Prevenção, Assistência e Gestão em Saúde Pública**. Florianópolis: Insular, 2008.

SCHILLING, R.S. **Emeritus Professor of Occupational Health**, University of London-1984.

SHIKIDA, Claudio; Rafael de Almeida Vilhena ; GAZZI; JUNIOR, Ari Francisco de Araujo. **Teoria econômica do suicídio: estudo empírico para o Brasil**, 2006. Disponível em: [www.ceae.ibmecmg.br/wp/wp39.pdf](http://www.ceae.ibmecmg.br/wp/wp39.pdf) -Acesso em 11 de julho de 2012.

SILVA, Edna Lúcia da., MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3. Ed. rev. atual. – Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, Reinaldo Oliveira da. **Teorias da administração**. 2001, São Paulo, Ed. Pioneira Thomson.

SOLOMON, Philip, PATCH, Vernon de. **Manual de psiquiatria**. São Paulo: Athneu, 1975.

TARCITANO, João Sérgio de Castro; GUIMARÃES, Cerise Dias. **Assédio Moral No Ambiente De Trabalho**. Juiz de Fora, 2004. Disponível em: [http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/assedio\\_moral\\_no\\_trabalho\\_no\\_ambiente\\_de\\_trabalho.pdf](http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/assedio_moral_no_trabalho_no_ambiente_de_trabalho.pdf). Acesso em 18 de janeiro de 2013.

VIEIRA, Rosa Maria Tedeschi; SERAFIM, Antonio de Pádua and SAFFI, Fabiana. **Prejuízos neurocognitivos na dependência alcoólica: um estudo de caso.** *Rev. psiquiatr. clín.* 2007, vol.34, n.5, pp. 246-250.

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

## **ANEXO A**

(FICHA DE INVESTIGAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO- DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO)