

DIRETRIZES PARA ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE NOS CASOS
DE SUICÍDIO RELACIONADO AO
TRABALHO
investigação e posvenção



São Paulo
2026

Eleuses Paiva

SES-SP - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Regiane A. Cardoso de Paula

CCD - Coordenadoria de Controle de Doenças

Manoel Bernardes de Lara Junior

CVS - Centro de Vigilância Sanitária

Simone Alves dos Santos**Rosemairy Norye Inamine**

DVST/Cerest - Divisão Técnica de Vigilância em Saúde do Trabalhador/Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - DVST/Cerest Estadual

Elaboração:

Andréia De Conto Garbin - psicóloga, docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)

Eliana Aparecida da Silva Pintor - psicóloga, Grupo de Vigilância Sanitária (GVS VII), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP)

Convidados para revisão preliminar:

Cláudia Osório da Silva - Universidade Federal Fluminense

Luci Praun - Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Maria Laurinda Ribeiro de Souza - Instituto Sedes Sapientiae

Maria Maeno - Fundacentro São Paulo

Margareth Arilha - Núcleo de Estudos de População "Elza Berquo" - NEPO/UNICAMP

Rafael Corassa - Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), do Ministério da Saúde

Raquel Miguel Rodrigues - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Sílvia Jardim - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Vera Lúcia Salerno - Núcleo SEMENTE - Saúde Mental e Direitos Humanos relacionados ao Trabalho do Instituto Sedes Sapientiae

Oficina de avaliação do protótipo com os Cerest

Amanda Gianetti da Cunha Carvalho - Cerest Botucatu

Ana Carolina Toniolo - Cerest Piracicaba

Arlindo Antônio Almeida Silveira - Cerest Diadema

Camila do Nascimento - Cerest Amparo

Cristiane Siqueira da Rocha Lage - Cerest Campinas

Daniela Maria Maia Veríssimo - Cerest Marília

Gabriela Drumond Vilas Boas - Cerest Avaré

Gabriela Souza Antunes - Cerest Jundiá

Ingrid de Siqueira Pereira - Cerest Estadual SP

Ivani Valarelli de Menezes - Cerest Estadual SP

Keung Lin Shi - Cerest Botucatu

Luciana Sinézio - Cerest Indaiatuba

Maria Ferreira da Silva - Cerest São Carlos

Sandra Luzia Alencar - CRST Lapa

Talissa Tulimosky - Cerest Rio Claro

Thiago Loreto - Cerest Guarulhos

Maria Rita Negrão de Oliveira - Projeto Gráfico e Diagramação - SES/CCD/CVS

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Vigilância Sanitária
Divisão Técnica de Vigilância em Saúde do Trabalhador
DVST/CEREST ESTADUAL

DIRETRIZES PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NOS CASOS DE SUICÍDIO RELACIONADO AO TRABALHO investigação e posvenção

São Paulo
2026

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES

©reprodução autorizada pelo autor, desde que citada a fonte

São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Sanitária.

Diretrizes para atenção integral à saúde nos casos de suicídio relacionado ao trabalho: investigação e posvenção - São Paulo: SES/CCD/CVS, 2026.

64f. : il. tab.

ISBN: 978-85-85472-43-6

1. Saúde do Trabalhador. 2. Suicídio. 3. Saúde Mental. 4. Vigilância em Saúde do Trabalhador. I. Título. II. Garbin, Andréia De Conto. III. Pintor, Eliana Aparecida da Silva.

SES/CCD/CD 126/26

NLM W864

Elaborada por Renan Matheus Predasoli CRB 8/9275

1.	INTRODUÇÃO	07
2.	OBJETIVOS	11
2.1.	Objetivo geral	11
2.2.	Objetivos específicos	11
3.	PÚBLICO-ALVO	12
4.	ALINHAMENTO DE CONCEITOS	13
5.	DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS DAS SITUAÇÕES DE TRABALHO COMO RISCO À SAÚDE MENTAL E AO SUICÍDIO.....	18
5.1	Ocorrência de suicídios em diversas empresas: sinal de alerta	20
5.2.	O desemprego, a aposentadoria e a extinção de várias profissões.....	26
6.	ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS E A RELAÇÃO COM O TRABALHO.....	29
6.1	Investigação epidemiológica de óbitos por suicídio relacionados ao trabalho.....	30
6.2	Busca ativa de óbitos por acidentes de trabalho.....	30
6.2.1	Notícias na mídia impressa e eletrônica	31
6.2.2	Busca ativa e análise das Declarações de Óbito.....	31
6.2.3	Pesquisa de óbitos no Instituto Médico Legal e nas delegacias de polícia.....	32
6.3	Análise da declaração de óbito	32
7.	INVESTIGAÇÃO DE CAMPO.....	35
7.1	Determinações macrossociais: políticas e econômicas.....	38
7.2	Investigação na empresa: condições e processos de trabalho	38
7.3	Autópsia psicossocial com familiares e/ou colegas de trabalho	41
7.4	Conclusão da investigação.....	45
8.	POSVENÇÃO NOS CASOS DE SUICÍDIO, ACIDENTES GRAVES E FATAIS.....	48
9.	MONITORAMENTO DAS EMPRESAS EM CASOS DE SUICÍDIO RELACIONADOS AO TRABALHO	54
10.	ESQUEMA-SÍNTESE PARA INVESTIGAÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO RELACIONADOS AO TRABALHO.....	57
11.	REFERÊNCIAS	58

1. INTRODUÇÃO

O suicídio constitui um fenômeno complexo, multifacetado e influenciado por múltiplas determinações, podendo impactar indivíduos de diversas origens, classes sociais, faixas etárias, orientações sexuais e identidades de gênero (OMS, 2023). Apesar da complexidade dos suicídios, estima-se que cerca de 90% dos casos podem ser evitados (OMS, 2006).

Ao longo da última década, o Brasil enfrentou um aumento preocupante no número de suicídios em ambos os sexos, consolidando-se como um grave problema de saúde pública. Os dados do Ministério da Saúde revelam que as maiores taxas de suicídio ocorrem entre homens, especialmente os idosos, bem como entre adolescentes de 15 a 19 anos do sexo feminino. Além disso, destacam-se os elevados percentuais de suicídios em relação ao total de óbitos por todas as causas entre populações indígenas, indivíduos com ensino médio ou superior e pessoas solteiras. Do ponto de vista geográfico, a Região Sul apresenta a maior taxa de suicídios, com o Rio Grande do Sul registrando a maior taxa de mortalidade por suicídio do país. Outros estados em diferentes regiões, incluindo Roraima, Tocantins, Piauí e Mato Grosso do Sul, também apresentam índices elevados (Brasil, 2024b).

Em 2021, foram registrados 15.507 óbitos por suicídio, o que corresponde a uma morte a cada 34 minutos. Nesse mesmo ano, o suicídio ocupou a 27ª posição entre as principais causas de mortalidade no país, afetando predominantemente a população adolescente e jovem adulta (Brasil, 2024b). De acordo com um manual dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental, estima-se que, para cada suicídio, haja, em média, cinco ou seis pessoas próximas ao falecido que sofrem, como decorrência, consequências de ordem emocional, social e econômica (Brasil, 2006).

Os suicídios relacionados ao trabalho existem há muito tempo. Há registros de vários deles na Antiguidade e na Idade Média também. Inúmeros relatos de pessoas

escravizadas que morreram por suicídio durante a colonização das Américas evidenciam o profundo desespero gerado por açoites, humilhações, muitas vezes configurando-se como uma forma de resistência (Netto, 2011).

Os estudos de Émile Durkheim (1858-1917) foram pioneiros em analisar a sistemática do suicídio como um fenômeno social. Considerou que embora o suicídio decorra de um ato isolado e individual, é, na verdade, manifestação das condições adversas da sociedade e da vida laboral (Vares, 2017).

Contudo, foi na primeira década do século XXI que o mundo foi surpreendido por uma sucessão de suicídios ocorridos na França em decorrência do trabalho, além de inúmeras tentativas de autoextermínio (Venco e Barreto, 2010). Essa situação foi reconhecida como uma epidemia de suicídios em empresas, ganhando visibilidade na mídia, nos estudos acadêmicos e na mobilização dos trabalhadores.

A investigação dos suicídios com o objetivo de estabelecer correlações com as condições e situações de trabalho mostra-se uma tarefa altamente desafiadora, no entanto, precisamos falar sobre essas ocorrências.

Ressalta-se que os estudos sobre suicídio evidenciam a necessidade de análises articuladas com fatores como exclusão social, racismo estrutural, gênero, desigualdade socioeconômica, violência, discriminação, invisibilidade institucional, desemprego e falta de acesso ao cuidado.

Pesquisa sobre o suicídio na população negra nordestina revelou que 82,7% dos casos ocorreram entre pessoas negras, com maior incidência entre homens negros adultos (Azevedo et al., 2025). Já entre os povos indígenas, a taxa de suicídio é mais que o dobro da média nacional (Araújo et al., 2023).

No caso das mulheres, as tentativas de suicídio costumam estar associadas a históricos de violência, especialmente de gênero. Mulheres negras, indígenas, LBTQIAPN+ e em situação de pobreza enfrentam múltiplas camadas de opressão e vivenciam um sofrimento frequentemente invisibilizado, com pouco reconhecimento

social e institucional das violências que as atingem. O sofrimento feminino é muitas vezes silenciado, deslegitimado e reduzido a “drama” ou “fragilidade”, o que dificulta o acolhimento e a prevenção.

A literatura aponta, ainda, lacunas nas pesquisas sobre suicídio e suas intersecções com diferentes formas de opressão, como raça, classe, gênero e sexualidade. Nesse contexto, a categoria “trabalho” ou “não trabalho” também se apresenta como uma variável relevante a ser considerada. Por fim, deve-se destacar a histórica subnotificação dos casos, o que indica que os números reais podem ser ainda mais elevados e preocupantes.

Ao mesmo tempo, há indícios de que as mudanças climáticas representam um desafio crescente para a saúde mental e estão relacionadas ao aumento do risco de suicídio (Shoib et. al., 2023). A intensificação dos eventos climáticos extremos tem repercussões diretas sobre a saúde mental. É possível identificar os impactos das mudanças climáticas especialmente entre populações e grupos em situações de maior vulnerabilidade. As alterações do clima podem induzir estresse, depressão e ansiedade; fragilizar os vínculos comunitários; e se associar ao aumento da agressividade e da violência. Nesse contexto, emergem os chamados lutos ambientais, acompanhados por sentimentos de deslocamento e perda de controle destacando a importância de incluir essa questão nos cuidados em saúde mental. Atualmente, os trabalhadores e trabalhadoras enfrentam graves impactos na saúde decorrentes dos perigos relacionados com as alterações climáticas (OIT, 2024). Segundo Noal, Rabelo e Chachamovich (2019), após rompimento da barragem constatou-se várias reações físicas e emocionais, dentre elas, tentativas de suicídio pós 72 h do evento, as quais foram relatadas por profissionais da Atenção Básica. Torlai (2010) chama a atenção para os lutos advindos dos desastres naturais e suas peculiaridades: perdas múltiplas são mais traumáticas do que perdas isoladas; a dimensão dos desastres influencia a gravidade dos danos psicossociais. Destaca a necessidade de um espaço social para enlutar-se e propiciar organização dentro da desorganização instaurada para um melhor prognóstico e prevenção em saúde mental. Há que se considerar os migrantes, imigrantes e refugiados em situação de vulnerabilidade

social, que buscam um novo pertencimento, o qual se configura a partir da atividade laboral. Färber et al (2020) abordam a vinculação da perda de sentido com depressão e suicídio nos fluxos migratórios. Silva (2024) analisa a saúde mental de imigrantes venezuelanos e apresenta correlação com a precariedade laboral como causa para suicídios. Dificuldade de integração social, racismo, xenofobia, violência de gênero, entre outras, são apresentadas em estudo com haitianos, revelando evidência de sofrimento psicológico (Adames, 2025).

Diante do cenário apresentado, é fundamental que a saúde mental dos trabalhadores seja uma prioridade. Este documento apresenta diretrizes e orientações para investigação do suicídio relacionado ao trabalho visando contribuir para prevenção do adoecimento. Apresenta-se como uma ferramenta para a ampliação da capacidade técnica dos profissionais das vigilâncias e pretende contribuir tanto para o reconhecimento de contextos laborais adoecedores quanto para a proposição de recomendações efetivas de proteção à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Apesar de paradoxal, estudos sustentam que o suicida não quer morrer, mas sim fugir do sofrimento e alcançar uma suposta “vida” prazerosa após a morte (Cassorla, 2021), muitas vezes, como se fosse uma compensação ou premiação pelos sofrimentos e/ou sacrifícios terrenos, independente de ter ou não ter crenças religiosas. O autor sustenta que a morte do suicida é um gesto que nasce dentro, último acorde de uma melodia que vinha sendo preparada no silêncio do seu ser.

As mortes de trabalhadores produzem reflexões sobre a vida. Vozes são caladas e reverberam a partir do que não foi ouvido. O que nós podemos pensar a partir delas?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

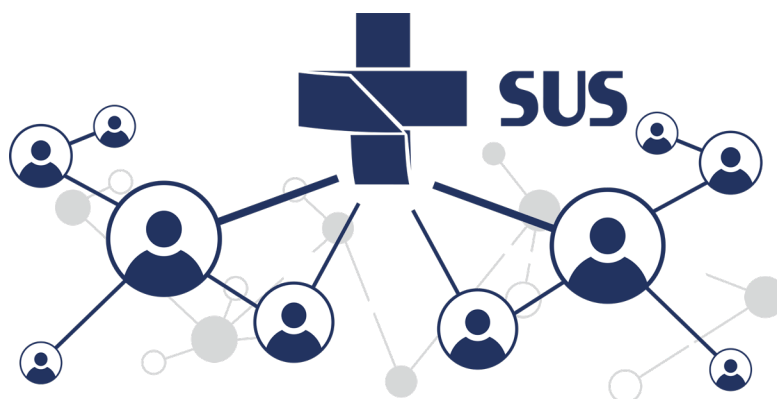
Estabelecer diretrizes para a prevenção do suicídio relacionado ao trabalho e para a atenção integral às pessoas impactadas por esses eventos, com ênfase nas ações de promoção e proteção da saúde, posvenção e investigação dos ambientes e processos de trabalho, no âmbito do Estado de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar a análise de situação de saúde do trabalhador com vistas à prevenção ao suicídio e ao fortalecimento da rede de apoio social e de serviços de saúde desse segmento social.
- Apoiar a rede de saúde na investigação da relação entre suicídio e violência autoprovocada com o trabalho.
- Aprimorar e estimular as ações de Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador.
- Orientar a adoção oportuna de medidas de intervenção para redução dos riscos à saúde e da morbimortalidade decorrente do trabalho com a participação do controle social sempre que possível.
- Promover ações de educação, comunicação e informação em saúde do trabalhador de caráter intra e intersetoriais, visando à prevenção, proteção e promoção da saúde direcionados à rede pública e privada de saúde.

3. PÚBLICO-ALVO

Este documento é direcionado a profissionais e gestores da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (RENASTT), da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), das Redes de Atenção à Saúde do SUS (RAS) e do Sistema de Vigilância em Saúde do Estado de São Paulo e de seus municípios.



4. ALINHAMENTO DE CONCEITOS

A violência autoprovocada compreende diferentes fenômenos intimamente interligados: a ideação suicida, autoagressões ou autolesão sem intenção suicida, a tentativa de suicídio e a morte por suicídio (Brasil, 2016), a saber:

- **Ideação suicida:** pensamentos, ideias ou rumações sobre a possibilidade de acabar com a própria vida, que variam de pensar que seria melhor morrer até a formulação de planos elaborados.
- **Autoagressões ou autolesão sem intenção suicida:** qualquer ato intencional de automutilação (com faca, aparelho de barbear, caco de vidro, etc.) ou outras formas de causar dano a si mesmo (como queimar-se com cigarro), sem intenção de morte.
- **Tentativa de suicídio:** quando o indivíduo se autoagride com a intenção de tirar a própria vida, utilizando um meio que acredite ser letal, sem resultar em óbito.
- **Suicídio:** ato deliberado de tirar a própria vida, com desfecho fatal (Brasil, 2024a).

Em geral, nas publicações sobre o suicídio são apresentados sinais e sintomas de alerta individuais. Embora os sinais sejam identificados na pessoa e na sua história de vida, propomos uma atenção para as questões sociais e coletivas, pois essas condições configuram objeto de intervenção sanitária.

Os **sinais de alerta** são manifestações que devem ser interpretadas como avisos para um risco real e para ações de cuidado e atenção dos profissionais de saúde, familiares e amigos. Porém, não predizem a ocorrência de uma tentativa de suicídio, e nem sempre estão presentes, mas quando observados, devem ser entendidos como

alertas para a necessidade de apoio e uma intervenção oportuna. Adota-se uma abordagem não individualizante, considerando que os sinais de alerta, ainda que se manifestem em um único sujeito, podem revelar um mal-estar de caráter coletivo, vinculado ao contexto laboral. Essa análise está em consonância com o conceito de porta-voz (Pichon-Rivière, 1982) no qual o que acontece com uma pessoa num grupo comunica algo de um todo grupal. Neste sentido, a doença comunica algo dos grupos dos quais a pessoa faz parte, entre eles consideramos o contexto de trabalho.

Assim, diversas situações de alerta podem se expressar diretamente relacionadas ao trabalho ou decorrentes deste.

Questões relacionadas ao trabalho, aos contextos culturais e de vida: crises políticas e econômicas, exposição ao agrotóxico, perda de emprego, discriminação por racismo, por orientação sexual e identidade de gênero, agressões psicológicas e/ou físicas, sofrimento no trabalho, diminuição ou ausência de autocuidado, conflitos familiares, perda de um ente querido, doenças crônicas, dolorosas e/ou incapacitantes, entre outros, podem ser fatores que vulnerabilizam.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2025a) alerta para as seguintes situações relacionadas ao suicídio:

1. **O aparecimento ou agravamento de problemas de conduta ou de manifestações verbais durante pelo menos duas semanas:** as mudanças rápidas e extremas de humor não devem ser interpretadas como ameaças nem como chantagens emocionais, mas sim alerta para um risco real.
2. **Fácil acesso a meios letais:** como armas de fogo ou medicamentos.
3. **Preocupação com sua própria morte ou falta de esperança:** as pessoas sob risco de suicídio costumam falar sobre morte e suicídio mais do que o comum e têm visão negativa de sua vida e sobre o futuro. Os pensamentos suicidas podem estar expressos de forma escrita, verbal ou por meio de desenhos.

4. **Expressão de ideias ou de intenções suicidas:** comentários que podem parecer óbvios, mas muitas vezes são ignorados: “Vou desaparecer.” “Vou deixar vocês em paz.” “Eu queria poder dormir e nunca mais acordar.” “É inútil tentar fazer algo para mudar, eu só quero me matar.” Podem manifestar sentimentos de estar preso, percepção de dor insuportável, sensação de desespero e desesperança absolutos.
5. **Isolamento:** as pessoas com pensamentos suicidas podem se isolar, não atendendo a telefonemas, interagindo menos nas redes sociais, ficando em casa ou fechadas em seus quartos, reduzindo ou cancelando todas as atividades sociais, principalmente aquelas que costumavam e gostavam de fazer.

Os chamados fatores de risco são características ou condições que aumentam a probabilidade de suicídio. Esses fatores podem restringir a análise multifatorial do fenômeno e por isso reproduzir uma visão restritiva do contexto, por isso devem ser analisados criteriosamente. A concepção de determinação social do processo saúde-doença levou Laurell e Noriega (1989) a criticarem a ideia de ‘fatores de risco’ substituindo-a pelo **conceito de processo social**. Ao invés de analisar variáveis isoladas, os autores enfatizaram a totalidade das relações sociais.

Deste modo, os ‘fatores’ identificados na literatura devem ser avaliados de modo contextualizado e temporal, pois os fenômenos são sociais e políticos, incluindo a dimensão de que o trabalho pode intensificá-los. A morte por suicídio expressa algo sobre a vida e sobre a saúde de uma determinada sociedade, portanto sobre as múltiplas determinações dos processos envolvidos. Por outro lado, há que se considerar o uso de estratégias protetivas que podem reduzir o risco de suicídio. Entre elas, destacam-se o forte apoio social, as habilidades eficazes de resolução de problemas, acesso a cuidados de saúde mental e fortalecimento dos coletivos de trabalho (OPAS, 2024).

A seguir uma relação de situações de risco e estratégias protetivas apresentadas na literatura.

Quadro 1 – Identificação de Situações de Risco e Estratégias Protetivas para a Promoção da Vida

Situações de risco	Estratégias protetivas
Transtornos mentais previamente diagnosticados ou não;	Políticas públicas voltadas à prevenção de suicídio;
Tentativas anteriores de suicídio;	Capacitação das comunidades sobre a importância da saúde mental e da prevenção do suicídio;
Histórico familiar de suicídio;	Identificação precoce, avaliação, gestão e acompanhamento de qualquer pessoa afetada por pensamentos e comportamentos suicidas;
Problemas financeiros ou legais;	Orientações para acesso a políticas públicas de renegociação de dívida, microcrédito, apoio jurídico;
Problemas nas relações interpessoais;	Campanhas de conscientização sobre sinais de sofrimento psíquico, informando sobre dispositivos e estratégias de cuidado à saúde mental;
Fácil acesso a meios de alta letalidade;	Limitação do acesso a produtos e instrumentos que viabilizam o suicídio;
Abuso de álcool ou outras substâncias;	Melhora no acesso e na capacidade dos serviços de saúde, incluindo aqueles relacionados ao uso de álcool e outras drogas;
Fragilidade nas redes de apoio familiar, trabalho e comunitária; situação de migração, imigração/refugiados;	Redes de apoio familiar, trabalho e comunitária que forneçam suporte emocional, material e senso de pertencimento;
Incapacidade de encontrar soluções para os problemas vivenciados;	Participação em coletivos e movimentos sociais e de trabalhadores; buscar apoio nos serviços de saúde e comunitários;
Falta de esperança em relação ao futuro;	Crenças religiosas ou espirituais como fonte de enfrentamento, grupos de apoio e pertencimento comunitário e Projeto Terapêutico Singular.

Situações de risco	Estratégias protetivas
Baixa autoestima;	Valorização da diversidade cultural e da identidade, promovendo respeito, inclusão e diálogo social;
Solidão intensa;	Fortalecimento das conexões sociais, mesmo em áreas rurais, promovendo integração, acesso a informações, recursos e solidariedade comunitária;
Situações de violações de direitos;	Defesa dos direitos humanos e sociais e orientações à mídia sobre a cobertura responsável do suicídio;
Vivência de estigmatização social e preconceito;	Incentivo à participação social e investimento em políticas públicas, com atenção para a juventude;
Desemprego;	Políticas públicas de trabalho e emprego e qualificação profissional; ampliação das oportunidades de emprego;
Humilhação no trabalho, assédio moral e discriminações;	Ambiente de trabalho saudável e com os direitos dos trabalhadores assegurados;
Processos de avaliação de desempenho negativos;	Participação dos trabalhadores no planejamento e na gestão do trabalho;
Cobranças excessivas, metas inatingíveis, pressão;	Mudanças na organização do trabalho, revisão periódica dos processos de trabalho;
Acidentes e doenças do trabalho;	Políticas públicas de vigilância em saúde do trabalhador(a); sistemas de saúde e segurança para a proteção coletiva dos trabalhadores;
Mudanças climáticas extremas e/ou desastres, sensação de perda, frustração e preocupação quanto ao próprio futuro.	Integrar-se a coletivos e à natureza, aproximando-se de redes de economia solidária, agricultura familiar e sistemas agroalimentares sustentáveis; adotar rotinas sustentáveis e apoiar causas ambientais.

5. DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS DAS SITUAÇÕES DE TRABALHO COMO RISCO À SAÚDE MENTAL E AO SUICÍDIO

O tema do suicídio relacionado ao trabalho se insere no campo de estudos em saúde mental e trabalho. Diferentes aportes teóricos configuram esse campo de análise e várias disciplinas, historicamente, contribuem para a compreensão das demandas relacionadas à dimensão subjetiva.

Nesta análise parte-se do princípio que os feitos do trabalho na saúde mental estão vinculados às condições e aos contextos de trabalho, conforme sistematizaram as pesquisadoras Edith Seligmann-Silva (2011) e Leny Sato (1995), sob os seguintes aspectos:

- a organização do trabalho: a divisão das tarefas, seu conteúdo, as hierarquias e falta de controle sobre o trabalho;
- a exposição a produtos químicos: os efeitos neurológicos que atingem o Sistema Nervoso Central por exposição aos metais pesados, solventes e produtos químicos (agrotóxicos);
- os riscos à integridade física: o trabalho em situações de grande risco, sejam muito evidentes ou não;
- as repercussões decorrentes de acidentes e doenças do trabalho: as repercussões psicossociais;
- desemprego: as consequências da desvalorização e rejeição social.

Depreende-se que o suicídio pode decorrer dos contextos acima descritos e da interação das diferentes situações, sendo que o trabalho adquire um lugar de destaque na compreensão de diferentes aspectos individuais e sociais.

As violências, inclusive ocorridas no trabalho, destacam-se como situações de risco para o suicídio. Violência é tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser; inclui coagir, constranger, torturar, brutalizar, violar direitos, promover relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror (Chauí, 2017). A autora afirma que a violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis como se fossem coisas, ou seja, como se fossem irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos. Nas palavras de Minayo (2006), a violência não é algo inevitável nem uma abstração, ela acontece nas microrrelações e no contexto da vida cotidiana.

Cohen (2011) afirma que sendo o sujeito simultaneamente produto e produtivo, a questão central gira em torno do sentido do trabalho, com os problemas novos que se colocam na atividade: como e por que trabalhar? E disso deriva a pergunta fundamental: como e por que viver? Esse é o ser total que precisa ser enxergado dentro das empresas e instituições, qualquer reducionismo utilitário constitui infração ética porque nos tira da condição de humanos.

Sob o aporte da teoria do desgaste, o adoecer se dá paulatinamente, pois o desgaste é um processo contínuo advindo das formas de organização e condições de trabalho (Laurell e Noriega, 1989). Na mesma perspectiva o processo saúde-doença decorre de condições materiais, concretas da existência, desta forma há uma história desse adoecer que será o foco da investigação do suicídio relacionado ao trabalho. A desilusão, a frustração, o ressentimento, o sentimento de injustiça, o menosprezo, a desesperança, entre outros sentimentos, chegam antes de “desenvolvermos” uma doença. O processo de adoecimento está em questão. Nesse contexto, o estado de sofrimento dos trabalhadores poderá facilitar uma subjugação em relação ao empregador, criando um círculo vicioso.

5.1. Ocorrência de suicídios em diversas empresas: sinal de alerta

A ocorrência de uma série de suicídios em diversas empresas ao redor do mundo, a partir da década de 1990, evidenciou o caráter coletivo de um fenômeno anteriormente abordado predominantemente de forma individualizada, resultante da incapacidade do trabalhador(a) de suportar as condições e situações de trabalho nas quais encontrava-se inserido (a).

Na França, as empresas France Télécom e Renault enfrentaram as consequências de práticas de gestão submetidas à elevada pressão, conforme evidenciado por cartas de trabalhadores que responsabilizaram as respectivas organizações pelos atos suicidas ocorridos.

Na Renault foram constatadas situações de extrema sobrecarga de trabalho e mudança organizacional advinda de uma nova gestão. Silveira e Medeiros (2014) pontuaram que o método de produzir mais lucros com menos pessoas, incluía ameaças contra os trabalhadores, competição entre os técnicos, ritmo acelerado de trabalho, longas jornadas, avaliações contínuas e individualizadas, pressão por metas, entre outras medidas, as quais deflagraram a onda de suicídios na empresa. Em 2011, a Renault teve um dos casos julgado e foi condenada ¹.

A France Télécom, por sua vez, foi submetida a uma intervenção do Estado quando chegou ao 23º suicídio no intervalo de um ano e meio, ocorrido durante uma reunião de trabalho. O volume de demissões, as transferências abruptas de local de trabalho, o assédio moral, estão entre os motivos dos suicídios em série (Merlo, 2009). O plano da empresa era a demissão de 22 mil pessoas e os métodos para que esse

¹ Exame negócios. Renault é considerada culpada por suicídio de funcionário, 19 de maio de 2011. Disponível em: <https://exame.com/negocios/renault-e-considerada-culpada-por-suicidio-de-funcionario/>,

objetivo fosse alcançado incluíam grande pressão, assédio moral de variadas formas, transferências sucessivas para locais distantes. Vários métodos de desestabilização emocional foram utilizados de modo proposital, como mostra o documentário “France Télécom - Investigação aos suicídios”². A empresa foi alertada sobre os riscos para a saúde mental e sobre a organização do trabalho, mas foi negligente, segundo o documentário. A condenação da France Télécom se deu em 2019³.

A investigação dos suicídios relacionados ao trabalho, na França, revelou que esses não ocorreram exclusivamente no local de trabalho. Vários casos aconteceram fora da empresa⁴, mas apresentavam cartas que afirmavam que a motivação do autoextermínio foi o trabalho.

Também uma onda anterior de suicídios ocorreu, em 2010, na unidade da Foxconn instalada na China, fabricante de iPhones e iPads para a Apple. Lá foram contabilizados 14 suicídios houve mobilização coletiva para melhora das condições de trabalho. Constatava-se assédio moral, jornadas de 12 horas, controle excessivo sobre os trabalhadores, os quais dormiam na própria empresa, entre outras atitudes abusivas, que foram largamente noticiadas^{5,6}.

No Brasil, pesquisas têm estudado diversas categorias profissionais com incidência de suicídio: policiais (Miranda e Guimarães, 2016); agricultores (Meneguel et al, 2004; Meyer, Resende e Abreu, 2007; Okuyama et al., 2017; Gonzaga, Baldo e Caldeira,

² Documentário France Télécom - Investigação aos suicídios. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=srreTWkiCGg>.

³ BBC News Brasil. Em julgamento histórico, executivos na França respondem por suicídio de 35 funcionários, 12 julho 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portugueseinternacional-48963405>.

⁴ Na França o suicídio relacionado ao trabalho é reconhecido pela Previdência Social Francesa como acidente de trabalho desde os anos 80. Caso o suicídio se dê durante o período e no local de trabalho, cabe ao empregador ou à Previdência Social provar o contrário (Netto, 2011).

⁵ Exame negócios. Foxconn enfrenta ameaça de suicídio coletivo na China, 11 de janeiro de 2012. Disponível em: <https://exame.com/negocios/foxconn-enfrenta-ameaca-de-suicidio-coletivo-na-china/>

⁶ Tecmundo. Uma visita na “fábrica de suicídios” da Apple na China, 20/06/2017. Disponível em: <https://www.tecmundo.com.br/apple/118036-visita-fabrica-suicidios-apple-na-china.htm>

2021); médicos e estudantes de medicina (Santa e Cantilino, 2016; Kawasaki, 2021); bancários (Finazzi-Santos e Siqueira, 2011); população ocupadas e desempregadas (Ceccon, et. al., 2014; Barreto e Souza, 2021), por vários motivos ligados à organização e condições do trabalho, conteúdo da tarefa, violências, entre outros.

No caso dos trabalhadores da agricultura, parte importante das ocorrências nos remetem aos transtornos mentais orgânicos, relacionados ao uso de agrotóxicos, mas, também, se observa a relação com o processo de modernização do meio rural (Mendes e Werlang, 2014). Na indústria, há que se observar a intoxicação por metais pesados, solventes, entre outros produtos químicos, os quais desencadeiam quadros de depressão, distúrbios cognitivos e alterações de comportamento, e as condições e organização de trabalho (Brasil, 2001). Rezende (2019) descreve que o sujeito com ideação suicida, geralmente é uma pessoa que grita em silêncio, sentindo-se aprisionado na própria dor, sem conseguir eco ou tradução no seu meio social. Sua pesquisa revelou que o dia da semana com maior número de registros de morte por suicídio é a segunda-feira pela manhã. Esse fato nos leva a analisar qual a qualidade das relações interpessoais e o espaço possível para se criar laços afetivos nos ambientes laborais.

A análise das condições e situações de trabalho contempla as dimensões psicossociais presentes no contexto laboral relacionadas à organização e ao processo de trabalho. Considera ainda a cultura empresarial, as relações interpessoais e hierárquicas, os modelos e estilos de gestão, as condições de trabalho ofertadas, o grau de autonomia para a execução da atividade profissional e o sentido que esse trabalho assume para quem o realiza (Bernardo et al, 2015). Acrescente-se o conteúdo do trabalho (tipos de profissões que pela própria natureza da atividade trazem no seu bojo o desgaste mental), falta de apoio técnico e psicossocial, comorbidades psiquiátricas advindas do próprio trabalho, as situações de instabilidade geradas por formas de contratação precarizadas, a insegurança frente a práticas de alta rotatividade da força de trabalho, entre outros.

Para além das relações utilitárias, das cobranças intermináveis, do fim dos tempos mortos, entre outros aspectos citados no texto, há um mal presente nos dias de hoje que consiste na impossibilidade de reconhecer-se no trabalho que é realizado,

afirma Lima (2010). A autora acrescenta que a pequenez da organização do trabalho que amputa a possibilidade de trabalhar corretamente, de atingir a qualidade esperada pelos trabalhadores e lhes tiram o *poder de agir*, compreendido como a possibilidade de intervir de forma significativa sobre suas próprias condições de trabalho e sobre o contexto em que atua (Clot, 2010), constitui aspecto patógeno. A intensificação do trabalho pautada pela alta performance, mensurada pelos resultados quantitativos obtidos, impede o prazer e compromisso ético de um *trabalho bem feito*, o qual pode espelhar as qualidades de quem o realizou. Deste modo, ocorre perda de sentido do trabalho, perda da identificação com a atividade, o *poder de agir* sobre o próprio fazer é desvitalizado cedendo espaço apenas para o trabalho dominado, a coisificação do ser humano. O trabalho como operador de saúde pressupõe a organização dos trabalhadores em coletivos que possam problematizar o trabalho prescrito, propor soluções cabíveis para o desenvolvimento da atividade, e assim, culminar em um trabalho bem feito (Silva e Raminnger, 2014).

A fonte de saúde no trabalho, segundo Clot (2013), está na possibilidade de realizar um trabalho bem feito, quando a performance não fica reduzida à abstração dos números. Isso nos leva a refletir: quanto tem sido oportunizado um exercício da profissão com condições que assegurem a qualidade que o profissional deseja? A obsessão por lucro tem corroído o prazer de realizar um trabalho bem feito, do qual se tem orgulho. Clot nos convida a pensar as “fragilidades de situações do trabalho”, ao invés de procurar a “fragilidade pessoal”. Há uma tendência perigosa de buscar a culpabilização nos que adoecem ao invés de voltar-se para a gênese dos problemas gerados pelas condições e situações de trabalho. Os contextos laborais têm nos afastado do que genuinamente nos torna humanos, como podemos aduzir abaixo:

Somos feitos para fabricar contextos para neles vivermos. Uma vez que essa possibilidade esteja diminuída, e principalmente se ela desaparece de modo continuado, não vivemos, apenas sobrevivemos, submetidos que estamos aos contextos profissionais, sem poder verdadeiramente nos reconhecer naquilo que fazemos. E não é raro que aí percamos a saúde antes mesmo de “fazermos” uma doença. (Clot, 2013, p. 5).

Outros autores, sob a perspectiva psicanalítica, como Dejours e Bègue (2010), destacam que sobre suicídio e trabalho são apresentados fatores como a solidão, decorrente da alta competitividade entre os trabalhadores, a desconfiança mútua e o vigilantismo, resultantes de processos individualizados de avaliação de desempenho, bem como a busca incessante por padrões de qualidade, mesmo que ao custo do sacrifício da ética e da satisfação de necessidades pessoais, que contribuem para a degradação da convivência coletiva. Além disso, o privilégio na identificação de erros em detrimento do reconhecimento dos acertos, aliado à deterioração da qualidade do trabalho, ao sentimento de abandono e ao desamparo experimentados pelos trabalhadores nesse cenário hostil, seriam aspectos determinantes para os casos de suicídio relacionados ao trabalho. “Quando um assalariado se suicida por razões que estão relacionadas ao trabalho, é toda a comunidade de trabalho que já está sofrendo” (Dejours e Bègue, 2010, p. 21).

Na mesma perspectiva teórica, Gaulejac (2007) estudou a gestão gerencialista e a descreveu como uma *tecnologia do poder*, a qual visa a adesão dos trabalhadores à lógica empresarial, tomando para si mesmos a obsessão pelos resultados e sucesso financeiro da empresa. Trata-se de uma conduta utilitarista que instrumentaliza as energias, anseios e angústias em prol de uma performance que a um só tempo significa sucesso da empresa e de si mesmo. Portanto, quando o desempenho esperado não é alcançado, o fracasso é individualizado e singularizado como uma derrota pessoal. A análise deste tipo de interiorização, fomentada no seio dos métodos de gestão, permite a avaliação dos impactos da dinâmica de gestão da organização do trabalho na autoimagem e na autoestima dos trabalhadores e suas reverberações psicopatológicas.

Aubert e Gaulejac (1991, apud Seligmann-Silva, 2011) pontuaram que a intensificação do trabalho, as exigências de polivalência (trabalhar o equivalente a duas pessoas ou mais), como também de multifuncionalidade (desempenhar várias funções), têm desencadeado a chamada “neurose de excelência”, na qual as variáveis engendradas para o alcance da excelência geram o medo da avaliação resultar em uma performance não excelente. Por consequência, há efeitos perturbadores na

dinâmica subjetiva podendo gerar desgaste na autoconfiança e autoimagem. Aqueles que adoecem, quando retornam ao trabalho, muito frequentemente, são isolados dos colegas, ficam sem designação de tarefas, tornam-se alvo de fofocas e perseguições. As desqualificações repetitivas promovem o desequilíbrio do funcionamento orgânico e mutilam a alma (Pereira, 2011).

Ao explicar o mal estar na atualidade pelo vértice da psicanálise, Birman(1999) nos apresenta a sociedade pós-moderna como um palco de espetáculo e exibicionismo, no qual as pessoas desfilam suas máscaras no cenário social. Sobressai a valorização das aparências com pouco ou nenhum espaço para olhar para dentro de si mesmo. Há um predomínio do fascínio e da sedução do outro como forma de captura. A subjetividade se torna espacializada, volátil e a memória evapora paulatinamente, sendo assim, a historicidade, a temporalidade não têm importância. O autor analisa a produção social das psicopatologias no mundo contemporâneo. Mas, a partir de suas reflexões, podemos traçar um paralelo com os contextos laborais, pois parece fazer muito sentido: todos precisam performar, mostrar muita energia. Uma instituição bancária, por exemplo, colocava cartazes em suas unidades com as frases “queremos os incansáveis”, “aposentadoria é para os fracos”, incitando todos, segundo Heloani (2016), a engajarem-se, adaptando-se às exigências de produtividade e comportando-se de acordo com a cultura produtiva neoliberal.

Em modelos de gestão como este, a história de cada pessoa dentro da empresa/instituição é desconsiderada. Há uma dissolução de identidades profissionais construídas, muitas vezes ao longo de anos. Outro aspecto destes modos de subjetivação que merece reflexão diz respeito a se acreditar na mentira, ou seja, as máscaras criadas ganham o status de verdade: as pessoas se acham superpoderosas, incansáveis e onipotentes. Quando essa imagem idealizada se quebra, sobrevém a impotência com todos os riscos que ela contém e a pessoa pode sucumbir. A verdade sem maquiagem pode levar à ideia de derrota pessoal, quando o fato real é que os limites humanos foram desrespeitados em prol da criação de um ideal insustentável por muito tempo.

5.2 O desemprego, a aposentadoria e a extinção de várias profissões

Se por um lado o trabalho revela seu potencial adoecedor, os estudos sobre desemprego revelam o risco que essa situação se configura para as ocorrências de suicídio. Seligmann-Silva (2011) pontua que a ausência de trabalho e o desalento (desistência da busca por empregos pelo excesso de negativas) constituem situações relacionadas à dimensão psicossocial do desemprego que envolve risco de suicídio. A autora refere um estudo comparativo de tentativas de suicídio entre desempregados em relação à população geral, no qual se verificou um número de tentativas quatro vezes maior entre os desempregados do sexo masculino, e de duas vezes para as mulheres desempregadas, do que, respectivamente, para os mesmos grupos de gênero na população geral.

Na pesquisa de Peper-Nascimento et al. (2024), mais de duas mil pessoas relataram mudanças no seu status ocupacional durante o período da pandemia de COVID-19. Os indivíduos que mantiveram seus empregos apresentaram menos sintomas de narrativa suicida em comparação com aqueles que perderam o emprego ou estavam desempregados.

Associado ao desemprego, também se dissemina a ideia de que se os trabalhadores tiverem maior escolaridade, competências, dedicação, o emprego lhes é garantido (Pereira, 2011). Podemos acrescentar que subjaz a ideia de “sucesso alcançado”. Mas, o autor adverte que o discurso é falso e o que define a empregabilidade acaba nem sendo o empresário, mas o cenário da concorrência. Infelizmente, se por um lado quem é demitido e acreditou nesta promessa, via de regra, é culpabilizado literalmente ou se culpabiliza achando que não atingiu a performance necessária, por outro lado, quando a demissão ocorre mesmo tendo atingido a performance, resta a sensação de ter sido injustiçado, ludibriado, caindo em sofrimento mental. Essas situações podem desencadear não só as depressões, como também outros transtornos mentais relacionados ao trabalho, podendo culminar em suicídio, adverte

Seligmann-Silva (2011). A autora também chama a atenção para os casos de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), *burnout* e alcoolismo crônico, os quais podem evoluir com concomitantes vivências de depressão profunda e conduzir à tentativa de suicídio.

Seligmann-Silva (2011) aborda o investimento afetivo que se faz a longo prazo em algumas profissões, tornando o trabalho cada vez mais um constitutivo da identidade, diferentemente do que acontece com trabalhos pouco qualificados. Nesta primeira condição, caso haja uma ruptura contra a vontade da pessoa, representará uma ameaça à estabilidade psíquica. Isso pode se dar por uma demissão ou aposentadoria. A autora desenvolveu pesquisa relacionada à psicopatologia da recessão e do desemprego e descreve estudos que apontaram para o aumento das taxas de suicídio e homicídio na recessão; incidência de isolamento social, alcoolismo, depressão e outros distúrbios da saúde mental na circunstância de desemprego de longa duração. Tais contingências associam-se à preservação do pertencimento social e ligam-se à possibilidade de preservação da dignidade. A autora ressalta a rejeição social ao desempregado, pois culturalmente o desemprego é confundido com ociosidade, vadiagem. Todos esses aspectos chamam a atenção para a observância do impacto subjetivo do desemprego de longa duração, como também da aposentadoria, pois são períodos que se ligam a dificuldades financeiras, desesperança, perda de sentido da existência.

Os estudos de Cavalcante, Minayo e Mangas (2013) corroboram com os achados de Seligmann-Silva. As autoras, ao usarem a autópsia psicológica na análise de suicídios de idosos, identificaram a ocorrência de violência no local de trabalho e a aposentadoria como ameaças à estabilidade social e econômica. A saída do mundo do trabalho e a queda no padrão de vida foram fatores situacionais presentes, dentre outros.

Outra questão da realidade atual é a extinção de várias profissões e a possibilidade de que tantas outras tenham o mesmo destino, o que tende a gerar sentimento de insegurança quanto ao futuro. A estratégia de redução de trabalhadores por parte das empresas, que gera sobrecarga e ameaça de desemprego; a redução dos

direitos trabalhistas que oferecem proteção mínima, os impedimentos à organização coletiva dos trabalhadores e de suas formas de resistência, que têm sofrido ataques sistemáticos; o enfraquecimento do poder de negociação com o patronato frente ao avanço da precarização do trabalho; são aspectos presentes no mundo do trabalho contemporâneo que incidem na saúde mental daqueles e daquelas que dependem do seu trabalho para sobreviver. Somam-se a esses aspectos, as formas de gestão e organização do trabalho que levam para o microcosmo das empresas e estabelecimentos a sensação de ameaça, silenciamento, apagamento, instabilidade e incertezas. A descartabilidade e a subjugação estão na base do *modus operandi* do mundo do trabalho atual. Segundo Winnicott (1975 p. 108), “a submissão traz consigo um sentido de inutilidade e está associada à ideia de que nada importa e de que não vale a pena viver a vida”. A desesperança permeia o cotidiano daqueles que não conseguem mudar a ordem das coisas e que podem vir a desistir de tudo e de todos. Eis o cerne da importância de poder agir sobre o seu fazer e existir em sociedade.

Em síntese, o contexto de trabalho é objeto de análise quando buscamos compreender a relação saúde-trabalho e suas consequências para saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, no caso o suicídio, considerado um óbito por causas externas pelo Ministério da Saúde.

6. ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS E A RELAÇÃO COM O TRABALHO

Óbitos por causas externas são os que acontecem de forma não natural, decorrentes de eventos traumáticos, lesões provocadas ou outros tipos de acidentes, qualquer que tenha sido o tempo entre o evento lesivo e a morte propriamente (BRASIL, 2008).

O Capítulo XX da CID-10, Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade (V01-Y98), possibilita a classificação das ocorrências e das circunstâncias ambientais, violentas ou traumáticas como a causa das lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos, compreendendo as agressões interpessoais, intencionais ou não (homicídios e tentativas de homicídio); os diversos tipos de acidentes de transporte; **as violências autoinfligidas (suicídios e tentativas de suicídio)**; e os denominados “outros acidentes” (BRASIL, 2016).

Os suicídios são um tipo de morte violenta denominados autoprovocados.

A violência autoprovocada/autoinfligida compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios. A Portaria MS/GM portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 (BRASIL, 2014), define a Notificação Compulsória imediata (em até 24 horas) dos casos de violência sexual e de tentativas de suicídio na esfera municipal, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos.

A notificação compulsória é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal.

Torna-se imperioso fazer a investigação e análise deste tipo de violência autoprovocada a partir de um diagnóstico situacional, contextualizando o momento sócio-político-econômico, o ramo produtivo, as características da cultura da empresa, da organização, do processo e condições de trabalho, entre outros aspectos (Seligmann-Silva, 2011) conjugados com a história do trabalhador (a), a qual envolve a vida pessoal e profissional.

6.1 Investigação epidemiológica de óbitos por suicídio relacionados ao trabalho

Objetivos: esclarecer as circunstâncias de ocorrência do óbito e sua possível relação com o trabalho; estabelecer as causas básicas e associadas do óbito; melhorar a qualidade do preenchimento dos campos da Declaração de Óbito (DO) e dos dados dos SIS (SIM e SINAN); e adotar medidas de proteção e promoção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

6.2 Busca ativa de óbitos por acidentes de trabalho

O processo de investigação da relação de causalidade entre as circunstâncias das causas externas e o trabalho contempla a busca ativa das informações:

6.2.1 Notícias na mídia impressa e eletrônica

O uso de matérias jornalísticas sobre violências e acidentes pode contribuir para maior conhecimento da realidade dos acidentes de trabalho por parte do conjunto dos trabalhadores, incluindo os funcionários públicos, os informalizados, e aqueles atingidos pela violência urbana, situação que vem ganhando importância como fator associado ao acidente de trabalho (Souza, Portinho, Barreiros, 2006; Varjão, 2008; Feitosa, Fernandes, 2014).

6.2.2 Busca ativa e análise das Declarações de Óbito

O fluxo de recebimento das Declarações de Óbito (DO) pelos serviços ou setores de informações sobre mortalidade das Secretarias Municipais e Estadual de Saúde já está estabelecido. No caso de óbitos por causas externas, após a realização da necropsia, a DO é expedida pelo Instituto Médico Legal (IML). Em municípios onde não há IML, a DO é expedida pelo médico da localidade ou por outro profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual (ad hoc). Depois, as DOs são recolhidas pelas equipes das Secretarias Municipais de Saúde ou das instâncias regionais da Secretaria da Saúde do Estado, dos art.25 e art. 26 da Portaria SVS/MS nº 116 (Brasil, 2009).

6.2.3 Pesquisa de óbitos no Instituto Médico Legal e nas delegacias de polícia

O Instituto Médico Legal é uma importante fonte para a captura de dados dos óbitos por causas externas relacionadas ao trabalho. Todos os casos de morte violenta devem ser encaminhados ao IML para fins de necropsia, cabendo somente ao médico legista atestar a causa do óbito e preencher a DO nos casos de causas externas. Assim, recomenda-se estabelecer previamente uma articulação com esses serviços para obtenção sistemática de informações à medida que os casos forem ocorrendo. O momento de entrega do corpo da pessoa falecida aos familiares, após a necropsia, para fins de sepultamento pode ser uma oportunidade para obter informações adicionais com os familiares. Para tanto, recomenda-se estabelecer aproximação/articulação com o setor ou com profissionais do serviço social, gestores ou técnicos do IML para organizar o fluxo de obtenção de informações complementares.

Poderão, ainda, ser requeridos à autoridade policial (delegado) documentos complementares, como cópia do laudo pericial ou do inquérito policial.

6.3 Análise da declaração de óbito

Tipo de morte violenta – campo 48

Localizado no Bloco VII da DO, o campo 48 tem por objetivo colher informações sobre as mortes ocorridas por causas não naturais.

As opções de tipo de morte violenta que constam desse campo são: acidentes, homicídios, suicídios e outras, dos quais destacamos os seguintes pontos:

- a) em acidentes estão incluídos acidentes de transporte/trânsito e demais acidentes;

- b) em homicídios estão aqueles decorrentes de agressões de terceiros, independentemente da intenção ou não de matar; e
- c) os suicídios são aqueles denominados autoprovocados.

Se a ocorrência for em via pública – campo 52

Observar no preenchimento do campo 52 se foi registrado como ocorrência em via pública e se consta o endereço. A ocorrência do evento em via pública pode se referir a qualquer tipo de violência/ causa externa (acidente, homicídio, suicídio) e estar potencialmente relacionada ao trabalho.

Local de ocorrência do óbito e endereço da ocorrência – campos 20 e 22

Caso o local de ocorrência do óbito informado no campo 20 da DO for assinalada a opção 5 – “outros” –, poderá ser um caso ocorrido em estabelecimento ou ambiente de trabalho. É importante identificar todos os endereços e locais para realizar as entrevistas e a investigação de campo.

Causas de morte – campo 40 (partes I e II)

Tais circunstâncias devem sempre ser registradas em seu maior detalhamento e, quando possível, com a especificação da intencionalidade: acidental, provocada por terceiros ou autoprovocada.

Assim, os óbitos submetidos à investigação deverão ter a causa básica esclarecida e corrigida no SIM para fins epidemiológicos e estatísticos, devendo constar nesse sistema que o caso foi submetido à investigação, assim como o registro da causa básica retificada após a finalização desse processo.

Após a conferência dos dados constantes na DO, a equipe deverá ir a campo para complementar a investigação epidemiológica no domicílio da pessoa falecida, onde realizará entrevista com familiares, no estabelecimento de saúde e/ou no IML/Polícia Técnica, a depender de cada caso e situação (Mello-Jorge, Laurenti, Di Nubila, 2010).

Em alguns casos será necessário ir ao local de trabalho para obter informações antes da conclusão da investigação epidemiológica do caso. A inspeção na empresa ou no local de trabalho deverá ser feita pela equipe de vigilância de ambientes e processos de trabalho para investigar as circunstâncias e adotar as medidas de prevenção de novos casos. Às vezes essa é a mesma equipe da vigilância epidemiológica.



7. INVESTIGAÇÃO DE CAMPO

A Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (VISATT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS). Consiste num conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora.

Para a realização da investigação de campo, a equipe da VISATT deve considerar toda a rede de saúde como uma fonte estratégica de informação sobre o usuário, sua família e o contexto comunitário no qual está inserido. Esse conjunto de serviços e profissionais pode contribuir de forma qualificada para a compreensão das dinâmicas locais, oferecendo subsídios relevantes para a análise situacional.

A equipe da VISATT poderá, sempre que necessário, articular-se com outros profissionais da rede, integrando-se a eles ou compondo abordagens conjuntas para realizar entrevistas, visitas ou aproximações com trabalhadores, colegas e demais envolvidos. Essa articulação favorece uma coleta de informações mais completa, sensível e alinhada à realidade do território.

Nesse processo, destaca-se o papel das Agentes Comunitárias de Saúde, que possuem conhecimento aprofundado sobre os usuários e suas famílias, acompanhando suas rotinas, necessidades de saúde, vulnerabilidades e demais ocorrências nas áreas em que atuam. Sua participação é fundamental para a identificação de fatores sociais, ambientais e relacionais que possam influenciar a situação investigada, ampliando a compreensão da equipe e fortalecendo a efetividade das ações.

A investigação da relação de causalidade entre o suicídio e o trabalho deve contar com as informações dos representantes da empresa, da área de Gestão de Pessoas e dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT, dos colegas de trabalho e familiares que poderão elucidar as circunstâncias da ocorrência do suicídio e o contexto geral de trabalho.

A análise das determinações de natureza política, macrosocial e macroeconômica relativas ao suicídio relacionado ao trabalho pode ser realizada, conforme proposto por Seligmann-Silva (2011), por meio da abordagem sobre o processo de produção do desgaste mental, considerando os diferentes patamares em que os processos sociais são construídos: os contextos internacional e nacional, a empresa, o local de trabalho e o território da individualidade, sendo este último recolhido em entrevistas com os sobreviventes (abordados no item 7.1).

A investigação epidemiológica da relação do sofrimento/adoecimento com o trabalho, de acordo com o Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2024c), requer uma análise abrangente por ser de origem multifatorial e **exige a existência de pelo menos uma situação/fator de risco no ambiente ou processo de trabalho.**

QUADRO 2 - Situações e fatores de risco para o sofrimento/transtorno mental relacionados ao trabalho

EIXO DA ORGANIZAÇÃO DE TRABALHO	SITUAÇÕES OU FATORES DE RISCO
Tempo e intensidade da produção	Ritmo acelerado e sobrecarga das atividades; extensão da jornada de trabalho; jornada de trabalho em turnos; velocidade elevada das tarefas; exigências incompatíveis com as características psicofísicas dos trabalhadores.
Práticas de gestão	Procedimentos de seleção exigentes; recompensas e premiações somente por produtividade, incentivos e métodos de avaliação de resultados e desempenho; falta reconhecimento do trabalho e dos trabalhadores; tecnologias usadas; exigências/metabolismos de produtividade inalcançáveis; pagamento por produção; falta de plano de carreiras e salários; solicitações contraditórias; programas de qualidade (voltados para o processo e/ou produto e não para o trabalhador); assédio organizacional/moral.
Cultura organizacional	Comunicação violenta ou insuficiente: valores, hábitos e crenças preconceituosas; estrutura da organização verticalizada ou não participativa; falta de espaços para participação dos trabalhadores.

EIXO DA ORGANIZAÇÃO DE TRABALHO	SITUAÇÕES OU FATORES DE RISCO
Relações interpessoais	Exposição a comportamentos abusivos; violência psicológica, simbólica, sexual e física; exercício do poder e mecanismos disciplinares; falta de cooperação entre superiores, colegas e subordinados; competitividade; desrespeito às diferenças de sexo, gênero, orientação sexual, idade, função, cor, etnia, religião, necessidade especial, desconfiança na gestão e falta de companheirismo entre os trabalhadores.
Atividade e autonomia	Falta de controle do trabalhador sobre sua tarefa; ausência de clareza ou ambiguidade na definição de papéis e modos; desequilíbrio entre habilidades e exigências; incerteza quanto ao que é esperado; falta de oportunidades de escolha; descomprometimento com o trabalho.
Relação dos sujeitos com sua atividade	Pressões emocionais/sensação de incapacidade; subutilização de habilidades e saberes; sentimento de desgosto em relação à atividade; relações conflituosas com o público-alvo; conteúdo muito complexo ou muito monótono das tarefas; fatores mecânicos do posto de trabalho incompatíveis com as características psicofísicas do trabalhador, condições degradantes, riscos e exigências excessivas; dilemas éticos.
Situações relativas ao vínculo de trabalho	Ameaça de desemprego; instabilidade; contratos temporários, precarizados, trabalho informal.
Questões externas ao ambiente de trabalho	Desarmonia da relação vida-trabalho; condições inadequadas de vida: moradia, transporte e renda, suporte para problemas privados, violência urbana; rede de apoio desestruturada e indisponível.

Fonte: adaptado de Leão (2014), extraído de Brasil (2024c, p. 1231).

7.1 Determinações macrossociais: políticas e econômicas

As fontes de determinações dos processos de desgaste mental, propostas por Seligman-Silva (2011), para a investigação em saúde mental e trabalho consideram os seguintes patamares:

- a) Internacional: examina fatores globais e transnacionais, como economia internacional, globalização, migração de mão de obra, acordos internacionais e convenções trabalhistas (ex.: OIT).
- b) Nacional: considera o contexto socioeconômico e político do país, incluindo políticas sociais, leis trabalhistas, programas de emprego, previdência, segurança e proteção aos trabalhadores.
- c) Empresa: analisa aspectos institucionais e organizacionais, como políticas internas, hierarquia e reconhecimento profissional.
- d) Local de trabalho: espaço microssocial de trabalho, carga de trabalho e autonomia.
- e) Território da individualidade: trajetória histórica pessoal.

7.2 Investigação na empresa: condições e processos de trabalho

A investigação dos processos organizacionais refere-se à cultura organizacional, características principais, políticas de pessoal, tecnologia introduzida, situação da empresa (expansão, retração), práticas de gestão, práticas em relação à saúde (SESMT, CIPA), etc.

No plano microssocial, posto de trabalho e ambiente de trabalho, a investigação focaliza o local específico de trabalho, organização do trabalho, relações interpessoais, aspectos do ambiente físico, químico e biológico, ergonomia, jornadas, pausas, ritmos, condições concretas vividas pelo trabalhador no seu posto e relações interpessoais no grupo de trabalho.

No quadro a seguir são apresentados aspectos a serem observados e questões investigadas em relação à empresa e ao local de trabalho.

Quadro 3 - Investigação epidemiológica no local de trabalho

Investigação na empresa	Investigação do processo de trabalho
Identificação da empresa contratante ou, se for trabalhador terceirizado, da empresa onde se deu o fato/onde se prestava serviço.	Identificação do setor/área onde se deu o fato.
Tipo de vínculo empregatício e de relação contratual, tempo de empresa, horas extras.	Detalhar a atividade exercida e ver quais são suas características (tipo de cargas físicas, químico, biológico, psíquicas, responsabilidades, complexidade das tarefas, etc.).
Identificar se a empresa passa por alguma fase de transformação (fusão, mudança de endereço, venda, tipo de atividade/ramo produtivo, redução de pessoal, mudança de gerentes).	Houve alguma mudança na rotina de trabalho nos últimos tempos?
Conteúdo do trabalho (trabalho perigoso, de muita responsabilidade, pressão por produção, que exigia agilidade, cargas emocionais e cognitivas envolvidas na tarefa, enfim todas as características do trabalho realizado);	As responsabilidades no trabalho sofreram alterações?
Ocorrência de acidentes anteriormente. Caso sim, solicitar cópia de relatórios de análises, atas de reuniões em que foi discutido e medidas adotadas.	O trabalhador (a) apresentava os resultados esperados pela empresa? (pergunta à chefia e colegas)?
A empresa tem um plano de carreira? Durante a carreira profissional na empresa a pessoa concorreu a cargos, promoções? Quantas vezes? Quais os resultados?	Havia metas por indivíduo ou grupo? As metas vinham sendo alcançadas – individuais e/ou coletivas que ele chefiava/participava?
A empresa adota sistemas de metas? Existe algum tipo de ranqueamento para produtividade/resultados? O sistema de metas está associado a algum tipo de avaliação dos trabalhadores e a algum tipo de bonificação?	Havia supervisão direta ou cobranças mediadas por outra pessoa? Quem era a chefia direta?

Investigação na empresa	Investigação do processo de trabalho
Como são realizados os processos avaliativos?	A pessoa tinha conflitos no ambiente de trabalho? Como era seu humor?
Histórico profissional do trabalhador falecido no estabelecimento/empresa (trajetória profissional na empresa)	Quantas horas semanais trabalhadas? Qual a quantidade de horas extras semanais ou mensais?
O trabalhador passou por avaliação de desempenho ou algum tipo de feedbacks (individual ou em grupo)? Se sim, qual foi a última avaliação que a pessoa recebeu e qual a sua reação frente ao resultado?	Sabe informar se a pessoa sofria assédio por parte de colegas ou chefias? (por exemplo: insultos, gritos, humilhações, ameaças, intimidações, agressões verbais etc.) Apresentou mudança de comportamento?
O trabalhador tinha apresentado atestados, tinha registros de afastamentos anteriores? Procurar saber os CIDs colocados nestes atestados.	Sabe informar se a pessoa presenciava situações de assédio com colegas no local de trabalho?
Quais medidas que a empresa tomou no momento do ocorrido: (1) no socorro à pessoa; (2) em relação ao local da ocorrência; (3) relativas aos demais trabalhadores da empresa; (4) em relação aos familiares da pessoa que cometeu o suicídio. Quais medidas pretende tomar a respeito do que aconteceu?	Como foi divulgada a morte do trabalhador para a comunidade externa? Houve nota oficial da empresa? Houve divulgação da ocorrência na imprensa ou redes sociais?
Como era a atividade realizada, o processo de trabalho cotidiano, a organização e condições de trabalho;	Quais as pessoas que presenciaram a cena, se ocorreu no local de trabalho?
Detalhes sobre o último dia trabalhado, últimas semanas ou mês, buscando colher fatos e observações de quem se dispuser a prestar informações	Existem detalhes que indicam organização prévia do local da ocorrência por parte da pessoa que cometeu suicídio?
Verificar quem estava próximo, quem presenciou a cena de morte ou se deparou com ela. Pode haver outros trabalhadores que precisem de cuidados psicológicos depois de um evento dessa natureza.	Como foi recebida/reações a notícia da morte do trabalhador (a)?
Suportes profissionais são oferecidos pela empresa: cursos, aperfeiçoamento, capacitações periódicas, algum programa de desenvolvimento pessoal, bolsas, benefícios para cursos e especializações.	Quais as medidas que a empresa tomou no momento do ocorrido: (1) no socorro à pessoa; (2) em relação ao local da ocorrência; (3) relativas aos demais trabalhadores da empresa; (4) em relação aos familiares da pessoa que cometeu suicídio. Quais medidas pretende tomar a respeito do que aconteceu?

7.3 Autópsia psicossocial com familiares e/ou colegas de trabalho

O Manual para investigação do óbito com causa mal definida, do Ministério da Saúde (Brasil, 2008), indica o uso da Autópsia verbal, um questionário aplicado aos familiares e/ou pessoas próximas da falecida, inquirindo sobre as circunstâncias, sinais e sintomas de doença que levou à morte. O instrumento permite obter informações observadas pelos familiares que conviveram com a pessoa. São informações que complementam com detalhes as informações contidas no formulário “Investigação da causa do óbito”. As questões seguem um roteiro de anamnese e essa sequência no ordenamento das questões representa uma contribuição para o profissional médico que analisa as respostas do formulário visando identificar a causa do óbito.

Agregaremos à metodologia da autópsia verbal os estudos sobre a autópsia psicossocial (Teixeira, 2018), que propõem uma investigação ampliada, considerando não apenas aspectos psicológicos, mas também o contexto social, ambiental e relacional da pessoa. Essa abordagem reconstrói as circunstâncias de vida – como trabalho, família, finanças, redes de apoio, eventos estressores e condições socioeconômicas – para identificar fatores externos que influenciaram o comportamento, o risco e o desfecho, examinando o indivíduo de forma sistêmica em seu contexto social (Minayo; Grubits; Cavalcante, 2012).

A entrevista domiciliar, segundo o método da autópsia psicossocial, pode ser realizada utilizando o formulário mais adequado segundo a idade da pessoa falecida e, preferencialmente, é o último passo desta investigação. Pode ser realizada no CEREST, no sindicato ou em uma visita domiciliar, ou seja, em ambientes mais protegidos, viabilizando uma coleta de dados mais efetiva e confiável. Essa metodologia prevê entrevistas com familiares, amigos, colegas de trabalho; análise do histórico social e comunitário; levantamento de registros sociais, policiais ou assistenciais; reconstrução da rotina e dos eventos recentes.

Para a entrevista em profundidade da autópsia psicossocial, utilizam-se instrumentos como a ficha de identificação pessoal e familiar, o genograma para mapear vínculos familiares e um roteiro semiestruturado que aborda caracterização social, modo de vida, contexto do suicídio, estado mental prévio e a percepção familiar antes, durante e após o evento (Teixeira, 2018).

Com pessoas mais próximas é possível fazer perguntas mais detalhadas e de aspectos mais confidenciais. O contato com a família pode ser muito fácil, mas também pode haver alguma resistência dependendo do estado emocional das pessoas contatadas. Quando não for aceito de imediato, pode se deixar um telefone de contato ou combinar um novo contato no tempo que a família convencionar que seja mais apropriado ou pedir a indicação de uma pessoa da família que se dispuser a conversar sobre o fato.

A situação de morte suscita processos de luto que incluem sentimentos de tristeza, culpa, vergonha, medo, raiva, desorientação e choque. Situações de solidão e isolamento podem atingir familiares e pessoas próximas de alguém que morreu por suicídio. Tudo isso pode ser vivenciado pela pessoa entrevistada (colegas e familiares do falecido) acrescido de temores e inseguranças relacionados à empresa. Falar do trabalho suscita receios de retaliação e demissões. Neste contexto, os preceitos éticos relacionados ao sigilo das informações e confiabilidade dos dados, restritos ao âmbito da investigação em saúde pública, devem ser suficientemente esclarecidos de forma que seja garantida a participação de modo livre e consciente. Deste modo, os dados dos entrevistados devem ser coletados e preservados cuidadosamente.

Roteiro de investigação por autópsia psicossocial com colegas de trabalho e com familiares e/ou amigos

A conversa pode ser iniciada pelo histórico de trabalho da pessoa durante a vida e, em seguida, mais detalhes sobre o último emprego: tempo de trabalho, mudanças de cargos/funções, promoções, comentários sobre o trabalho, relação com colegas e chefia e amizades (Cavalcante. et al, 2012). As perguntas iniciais podem ser mais genéricas e abrangentes: sobre mudanças de comportamento, problemas de saúde, afastamentos. Considerar possível alteração de comportamento relacionada à pandemia da Covid 19 (isolamento).

Quadro 4 - Roteiro para autópsia psicossocial sobre suicídios de trabalhadores

Entrevista com colegas de trabalho	Entrevista com familiares e/ou amigos
Entrevista com colegas de trabalho e Entrevista com familiares e/ou amigos	Dados do entrevistado: Nome, Idade, Sexo, Gênero, Raça/Cor, Grau de parentesco, Relação de afinidade.
Como estava a vida desse trabalhador nos últimos tempos?	Como estava a vida do trabalhador nos últimos tempos?
Detalhar a atividade exercida e ver quais as características (tipo de cargas físicas, psíquicas, responsabilidades, complexidade das tarefas, etc).	Como a pessoa se sentia no atual trabalho? Quais os comentários sobre o trabalho que foram ouvidos?
Houve alguma mudança na rotina de trabalho nos últimos tempos?	Tem conhecimento se a pessoa sofria algum tipo de pressão por parte da empresa ou pessoa específica?
As responsabilidades no trabalho sofreram alguma alteração?	Tem conhecimento se houve alguma alteração na rotina laboral do trabalhador (mudança de turno, alteração nas tarefas atribuídas, mudança de equipe de trabalho)?
O trabalhador(a) apresentava os resultados esperados pela empresa? (pergunta à chefia e colegas)	Teve algum afastamento por doença na empresa em algum momento?
Havia metas por indivíduos ou grupo? As metas vinham sendo alcançadas – individuais e/ou coletivas – que ele chefiava/participava?	Houve alguma mudança no comportamento da pessoa nos últimos tempos?
Havia supervisão direta ou cobranças mediadas por outra pessoa? Quem era a chefia direta?	O trabalhador fazia algum acompanhamento de saúde? Tomava algum tipo de medicamento? Fez tratamentos anteriores de algum tipo de doença? Quais?
A pessoa que cometeu suicídio tinha desavenças no ambiente de trabalho? Como era seu humor?	O trabalhador tinha algum processo judicial de reconhecimento de acidente ou doença comnexo laboral?
Sabe informar se o trabalhador sofria assédio por parte de colegas ou chefias? (por exemplo: insultos, gritos, humilhações, ameaças, intimidações, agressões verbais, etc).	Teve algum problema relacionado à saúde mental ao longo da vida? Fez tratamentos? (saber se foi concluído, se teve alta).
Sabe informar se a pessoa presenciava situações de assédio com colegas no local de trabalho?	Fazia uso de drogas lícitas ou ilícitas? Se sim, perguntar se houve aumento do consumo destas drogas nos últimos tempos ou se estava em abstinência.
Sabe informar sobre relatos de queixas da pessoa que cometeu o suicídio sobre o trabalho, ambiente laboral e relacionamento com colegas e/ou chefias?	Houve alguma alteração perceptível do sono ou apetite nos últimos tempos?
Quantas horas semanais eram trabalhadas? Qual a quantidade média de horas extras semanais ou mensais?	Algum colega de trabalho/pessoa próxima (parente) ouviu alguma vez o trabalhador fazer comentários sobre ideias suicidas?
Quais as medidas que a empresa tomou no momento do ocorrido: (1) no socorro à pessoa; (2) em relação ao local da ocorrência; (3) relativas aos demais trabalhadores da empresa; (4) em relação aos familiares da pessoa que cometeu suicídio.	Como era o relacionamento e comportamento habitual do trabalhador na empresa com colegas e chefias?
Quais medidas pretende tomar a respeito do que aconteceu?	Houve alguma perda/separação recente? (familiares, amigos, namoro, casamento, animal ou bens, etc.)
Quais as pessoas que presenciaram a cena, se ocorrido no local de trabalho? Existem detalhes que indicam organização prévia do local da ocorrência por parte da pessoa que cometeu suicídio?	Sabe informar se o trabalhador já havia atentado contra sua vida em outro momento?
Como foi recebida/reações a notícia da morte do trabalhador(a)?	Há informação sobre endividamento, cobranças, algum tipo de ameaça ou outros fatos que possam estar causando muito desconforto, aborrecimento ou revolta?
Consegue relacionar o ocorrido com algum fato recente? Já ouviu de terceiros que a pessoa que cometeu suicídio tinha algum tipo de problema.	O trabalhador relatou algum tipo de problema nos últimos tempos ou problema antigo do qual falava? Consegue relacionar o ocorrido com algum fato recente? Já ouviu de terceiros que a pessoa que cometeu suicídio tinha algum tipo de problema?
Ocorreram situações de desestabilização emocional presenciadas pela equipe de trabalho?	Havia alguma coisa que o perturbava, aborrecia ou tirava do sério nos últimos tempos?
Referiu algo que o fazia sofrer ou o incomodava?	Passou alguma mensagem (WhatsApp, e-mail ou outra forma) para algum amigo ou familiar que relatasse algo que o fazia sofrer ou incomodava?
Quais os comentários que a pessoa fazia sobre o seu trabalho?	Quais os comentários que a pessoa fazia com a família e colegas sobre o seu trabalho?
Ocorreram outras situações semelhantes na empresa?	Há casos de suicídio na família nuclear ou de familiares próximos ou ainda de pessoas significativas para a pessoa que morreu?
Há alguma suposição para o ocorrido?	Há alguma suposição para o ocorrido?

O contato da família implica não só na investigação do suicídio, mas também sobre direitos que podem ser assegurados aos familiares e cuidados com a saúde dos enlutados. Considerar que a família pode negar o suicídio.

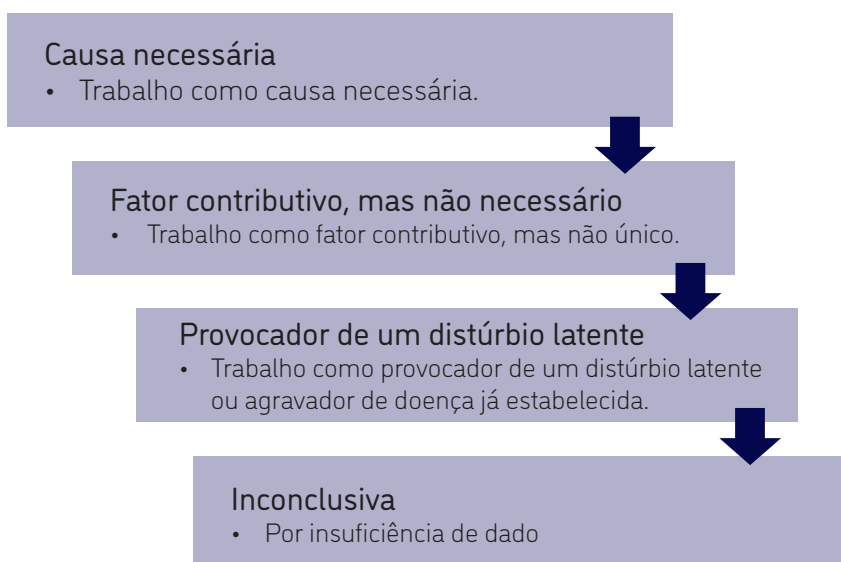
A aproximação e os contatos com os familiares e com as comunidades podem ser facilitados pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS e CAPSAD) e do Programa de Proteção contra a Violência, com ênfase nos agentes comunitários de saúde que conhecem as necessidades de saúde dos munícipes e as relações comunitárias, inclusive podem acompanhar a equipe na abordagem com os familiares e colegas de trabalho (Minayo; Grubits; Cavalcante, 2012). Nesta investigação, busca-se a criação de vínculo de confiança que possibilite orientar o munícipe quanto às ofertas de atenção e acolhimento disponíveis. Os compromissos com a clínica ampliada devem ser implementados voltados à integralidade do cuidado e a construção compartilhada do projeto terapêutico.

A clínica ampliada qualifica o cuidado em saúde, indo além da doença para focar no indivíduo, seu contexto de vida, história e subjetividade. Busca maior autonomia do usuário, integração de equipes multiprofissionais, corresponsabilidade no tratamento e escuta ativa.

7.4 Conclusão da investigação

Após a conclusão do levantamento dos dados, a equipe deve estabelecer qual a contribuição do trabalho no desfecho do suicídio. A conclusão da análise deverá responder: **O trabalho pode ter contribuído para a ocorrência do suicídio?**

Vislumram-se as seguintes conclusões para a investigação (Brasil, 2001), conforme a Classificação de Schilling:



Se confirmada a relação com o trabalho, notificação no SINAN, de acordo com as doenças e agravos de notificação compulsória (Brasil, 2025b), neste caso, os possíveis agravos de notificação nas respectivas fichas e suas definições:

- Acidente de trabalho:** Todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte.

- b) **Transtornos mentais relacionados ao trabalho:** caso precedido de transtorno mental. Todo caso de sofrimento emocional em suas diversas formas de manifestação tais como: choro fácil, tristeza, medo excessivo, doenças psicossomáticas, agitação, irritação, nervosismo, ansiedade, taquicardia, sudorese, insegurança, entre outros sintomas que podem indicar o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais utilizando os CID - 10: Transtornos mentais e comportamentais (F00 a F99), Alcoolismo (Y90 e Y91), Síndrome de Burnout (Z73.0), Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento (R40 a R46), Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (Z55 a Z65), Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96) e Lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), os quais têm como elementos causais fatores de risco relacionados ao trabalho, sejam resultantes da sua organização e gestão ou por exposição a determinados agentes tóxicos.
- c) **Violência Interpessoal/Autoprovocada:** caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBTQIAPN+ **Consultar Nota Técnica CVDANT 01/2021, na qual consta orientação sobre o registro de lesões autoprovocadas na ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do Sinan e estabelece códigos específicos para tentativas de suicídio (código "777") e automutilação (código "555") no campo "56" da ficha de notificação do SINAN que pede a especificação do item "outros" - pactuação do Estado de São Paulo (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2021)**

Os casos de intoxicações exógenas envolvendo tentativas de suicídio devem ser notificados na Ficha de Investigação de Intoxicações Exógenas e na Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, no prazo de até 24 horas, para a Secretaria Municipal de Saúde (Brasil, 2024c).

Salienta-se que as tentativas de suicídio não devem ser negligenciadas, pois indicam a necessidade do cuidado em rede, do acolhimento e da ampliação das ações intersetoriais.

A conclusão que estabelece relação causal com o trabalho demandará intervenção no ambiente de trabalho e acompanhamento da empresa, conforme preconizado nas ações da Vigilância dos Ambientes e Processos de Trabalho, descritos no item 9 deste documento - Monitoramento das empresas em casos de suicídio relacionados ao trabalho.

Se inconclusiva por insuficiência de dados, as ações devem ser registradas para servir de referência para prevenção e/ou construção de novas epidemiologias e base para novas investigações.

Independente da conclusão, a ocorrência do suicídio requer ações de cuidado para aqueles que estejam em sofrimento, prevenção à ocorrência de novos casos e promoção da saúde. Este cenário indica a necessidade de ações chamadas na literatura de posvenção.

8. POSVENÇÃO NOS CASOS DE SUICÍDIO, ACIDENTES GRAVES E FATAIS

O apoio às pessoas enlutadas por suicídio, familiares, amigos, colegas de trabalho do suicida e profissionais de saúde, é chamado de posvenção (Shneidman, 1973). São intervenções com foco no processo de luto, incluindo o desencorajamento de planejamentos ou ideias suicidas, após uma morte repentina, violenta e estigmatizada como ocorre com o suicídio (Fukumitsu & Kovács, 2015).

Neste tópico equipararemos os acidentes graves e fatais aos casos de suicídio para fins de implementação de planos de posvenção por considerarmos que os impactos psíquicos dos acidentes demandam ações de cuidado e atenção ao trabalhador afetado, colegas e familiares.

O texto seguirá referindo-se ao suicídio, porém sugere-se considerar o conteúdo aplicável aos casos de acidentes graves e fatais.

Familiares e pessoas próximas de alguém que morreu por suicídio, muitas vezes apresentam um processo de luto complicado ou prolongado, e são chamadas de sobreviventes de suicídio. Podem apresentar maior risco para comportamento suicida e necessitar de cuidados. É necessário promover um espaço de escuta, de acolhimento e informação para que os sobreviventes realizem uma melhor aceitação do ocorrido, para que não se torne, um luto não reconhecido ou um sentimento de inadequação (Domingos e Maluf, 2003, Arilha et al., 2025), que lance o sobrevivente ou enlutado em isolamento e silenciamento, fortalecendo sua saúde mental.

Quando um suicídio acontece, presume-se mais de cinco pessoas diretamente afetadas por ele (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2016). Em geral, as orientações indicam a necessidade de apoiar a família da pessoa que faleceu. Neste material, destaca-se a necessidade de suporte, além da família, aos colegas de trabalho.

Nas ações da VISATT deve-se incorporar o reconhecimento de possíveis enlutados em sofrimento. Os casos podem ensejar a adoção de protocolos com estratégias de posvenção pelas empresas e de atendimentos pelo Sistema Único de Saúde.

Faz-se necessária, portanto, a avaliação do estágio de reconhecimento da situação de suicídio. A equipe da VISATT deve fundamentar-se em critérios previamente estabelecidos para subsidiar o diagnóstico situacional, orientar e exigir a adoção de medidas interventivas.

- (i) **impacto da notícia ou ação emergencial**, logo após o ato suicida, de escuta das emoções de pessoas próximas ou interligadas institucionalmente à pessoa que morreu por suicídio;
- (ii) **grupo responsável pela condução das intervenções**, trata-se de um grupo gestor do cuidado, com representantes de diferentes setores para planejamento das ações;
- (iii) **ambiente acolhedor**: espaços para apoio emocional, escuta qualificada, orientações, encaminhamentos apropriados e conforto religioso adicional, quando houver demanda neste sentido;
- (iv) **identificação de pessoas/grupos com risco** de suicídio devido a história pregressa de proximidade com a pessoa que se suicidou;
- (v) **disponibilização de atendimento especializado** a todas as pessoas que demandarem;
- (vi) **monitoramento de pessoas identificadas** como de risco para suicídio.

Neste processo, é importante que se respeite a privacidade de cada indivíduo e se evite pressioná-los a compartilhar mais do que desejam. A equipe deve estar disponível para ouvir e oferecer apoio, mas também respeitar a necessidade de momentos de silêncio e reflexão. Durante o processo, deve estar atenta aos indivíduos que possam necessitar de cuidados adicionais.

É essencial entender que não há um tempo determinado para o luto e não existem fórmulas prontas para lidar com ele. É importante ressaltar que algumas reações e dificuldades emocionais podem persistir por longo prazo. Por esse motivo, a posvenção (ações realizadas após um suicídio) não deve ser vista como um processo de curta duração, mas sim como parte integrante de um projeto maior de prevenção efetiva.

O Guia de orientações para abordagem ao luto por suicídio e posvenção, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (2023), resalta que os gestores desempenham um papel fundamental no gerenciamento das situações de luto e suicídio. As empresas e instituições têm a responsabilidade de liderar a comunicação, fornecer suporte e desenvolver planos de ação adequados (Ariha, 2025). A seguir são apresentadas algumas orientações para que os gestores adotem medidas frente à ocorrência de um caso de suicídio:

- I. Estabeleça uma comunicação clara e empática. Informe sobre o ocorrido de maneira sensível, evitando especulações e boatos. Forneça informações relevantes sobre os próximos passos, como suporte disponível, alterações ou suspensão de atividades e recursos de apoio.
- II. Mantenha uma comunicação respeitosa e sensível com a família da pessoa falecida, demonstrando condolências e oferecendo suporte. Ouça atentamente suas necessidades e forneça assistência prática, como apoio com questões burocráticas, documentos, seguros, bancos, entre outros.
- III. Se necessário, mantenha contato com as autoridades policiais responsáveis pela investigação do suicídio. Colabore no fornecimento de informações pertinentes e assegure que a instituição aja de acordo com os procedimentos adequados.
- IV. Acione recursos de suporte imediato para os membros da instituição afetados, como equipes de suporte psicossocial. Garanta que haja profissionais capacitados disponíveis para oferecer apoio emocional e orientação necessários durante esse período difícil.

- V. Considere a realização de rituais ou cerimônias para permitir que os membros da instituição expressem suas emoções, prestem suas homenagens e compartilhem a dor coletiva. Estes momentos podem promover a solidariedade e ajudar na elaboração do luto. Entretanto, atente-se para que o momento não seja glamourizado ou midiático.
- VI. Avalie suspender temporariamente atividades ou a necessidade de ajustar horários para permitir que as pessoas tenham tempo para processar o luto e buscar suporte adequado. Essa medida pode ajudar a reduzir o estresse e permitir que os membros da instituição se concentrem em sua recuperação emocional.
- VII. Desenvolva um plano de ação abrangente que inclua medidas preventivas e estratégias de intervenção para lidar com outras situações semelhantes no futuro. Fortaleça fatores de proteção e promova programas continuados de prevenção do suicídio, envolvendo uma equipe de prontidão e avaliando regularmente a efetividade das ações implementadas.
- VIII. Busque o engajamento da comunidade em torno da prevenção do suicídio. Estabeleça parcerias com serviços de saúde mental, organizações locais e autoridades relevantes para promover a conscientização, compartilhar recursos e implementar ações eficazes de prevenção.

A posvenção adequada pode desempenhar um papel crucial na redução do risco de comportamento suicida. Por meio de uma abordagem sensível, é possível fornecer um ambiente de apoio que promova a segurança e a estabilidade emocional dos enlutados.

A posvenção integra um conjunto de orientações para que as empresas e instituições atuem na prevenção e na promoção da saúde. Nos materiais e documentos internacionais e nacionais relacionados à saúde mental e trabalho encontra-se amparo para notificar as empresas sobre suas responsabilidades.

Os estudos sobre o “treinamento de guardião”, (ou gatekeepers; guardião da vida ou agentes de saúde mental) para a prevenção do suicídio em locais de trabalho, indicaram efeitos benéficos no conhecimento, estigma e comportamento de busca de ajuda, de acordo com *Guidelines on Mental Health at Work* (WHO, 2022). No guia são descritas recomendações para intervenções organizacionais visando avaliar, modificar, mitigar ou eliminar os riscos psicossociais relacionados ao trabalho que afetam a saúde mental. São ações planejadas que visam intervir diretamente nas condições de trabalho com o objetivo de prevenir a deterioração da saúde mental, da saúde física, da qualidade de vida e dos resultados relacionados ao trabalho dos funcionários.

A proteção da saúde mental no trabalho é abordada nas Convenções 155, 161, 187 e 190 da OIT e suas recomendações e no Plano de Ação Abrangente de Saúde Mental da OMS 2013-2030.

Na Cartilha Amarela, do Ministério do Trabalho e Emprego (Brasil, 2025c), constam orientações para trabalhadores, empregadores e sociedade sobre prevenção ao assédio, às violências e ao suicídio relacionados ao trabalho, reforçando a importância de ambientes seguros, saudáveis e dignos. Também aborda o que fazer após a ocorrência de situações de violência, dentre as quais prevê a eliminação das fontes de assédio/violência para que a pessoa possa retornar ao trabalho.

Nas investigações do suicídio relacionado ao trabalho, nos processos de vigilância em saúde do trabalhador, as equipes devem adotar os procedimentos disponíveis no Guia de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 2022). A Vigilância em Saúde do Trabalhador abrange: a vigilância epidemiológica das doenças e agravos relacionados ao trabalho; e a vigilância dos ambientes e processos de trabalho, com vistas a intervir nos fatores de risco ocupacionais e eliminar ou controlar doenças e agravos relacionados ao trabalho. Nesta última ação, a equipe técnica deve manter o acompanhamento contínuo e sistemático das ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho, de forma a assegurar a adoção das medidas de proteção propostas e que constam no relatório. Para o desenvolvimento dessa etapa, é necessário:

- Avaliar o cumprimento das medidas de prevenção propostas.
- Definir os processos administrativos requeridos.
- Acompanhar os processos administrativos.

No estado de São Paulo, no Código Estadual de Saúde (Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, 1998), sob o título Saúde e Trabalho, constam disposições sobre a saúde do trabalhador (artigos 29 a 31 e demais) e os processos administrativos previstos. São eles:

- Auto de Infração Sanitária (AIS): Documento inicial lavrado pela autoridade sanitária que descreve a infração.
- Defesa: O autuado tem o prazo de 15 dias (úteis ou corridos, dependendo da legislação específica) para apresentar defesa ou impugnação após a notificação.
- Recurso: Existe um prazo de 10 dias para recurso após a imposição da multa.

As legislações municipais e federais são utilizadas de modo complementar à lei estadual.

CEREST na investigação de um suicídio:

O motorista de uma transportadora, de 35 anos, com transtorno de estresse pós-traumático após ter sofrido sequestro numa rota para o Rio de Janeiro, ao retornar ao trabalho após afastamento, se recusou a fazer o mesmo trecho por medo e foi demitido. O suicídio se deu logo depois. O irmão denunciou práticas racistas, assédio moral, além de ritmo intenso de trabalho e pressão psicológica. Na vigilância, o Cerest constatou vários afastamentos por doença na empresa, que foi notificada para desenvolver um programa de gestão com os funcionários afastados. O suicídio foi investigado como relacionado à organização de trabalho daquela empresa (Garbin e Pintor, 2019).

9. MONITORAMENTO DAS EMPRESAS EM CASOS DE SUICÍDIO RELACIONADOS AO TRABALHO

A responsabilidade sanitária das equipes de Vigilância dos Ambientes e Processos de Trabalho contempla ações fiscalizadoras, mas também as ações preventivas e de controle de possíveis ameaças à saúde de trabalhadores e trabalhadoras, conforme Código Sanitário Estadual - Lei 10.083/98 (Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, 1998). Cabe desenvolver ação contínua de pesquisa e análise de todos os aspectos que contribuem como determinantes de saúde nos processos e ambientes de trabalho; a avaliação permanente, sistemática promove a transformação das condições de trabalho, oferece maior garantia na qualidade de proteção à saúde (Brasil, 2001).

Em se tratando de empresa/estabelecimento/instituição na qual há suspeita ou comprovação ou de tentativa de suicídio, o retorno periódico para um acompanhamento e monitoramento de ações programáticas, se torna uma tarefa essencial para a qual deve haver um planejamento.

O monitoramento do caso pelas equipes envolve diversos procedimentos:

PROCEDIMENTO	AÇÃO
 <p>Retorno à empresa</p>	<p>Calendário de retorno à empresa. Verificar-se os possíveis desencadeadores do suicídio foram alterados e monitorados; possíveis mudanças organizacionais agregadas à realidade</p>
 <p>Indicadores de saúde</p>	<p>Estabelecimento de indicadores e analisadores para checar as informações fornecidas pela empresa.</p>
 <p>Outros Indicadores</p>	<p>Registro Digital de Ocorrência e registros de Boletins de Ocorrência Policial (BO), SSP.</p>
 <p>Matriciamento</p>	<p>Monitoramento dos atendimentos da rede de saúde para identificar casos de acidentes e doenças da empresa em tela</p>
 <p>Controle social</p>	<p>Acompanhamento junto ao sindicato ou lideranças comunitários e dos trabalhadores.</p>
 <p>Entrevistas</p>	<p>Entrevistar trabalhadores demitidos e/ou afastados.</p>
 <p>Ações com outros órgãos</p>	<p>Ações conjuntas com outros órgãos: MPT, MTE, dentre outros.</p>
 <p>Novas intervenções</p>	<p>Planejamento de novas intervenções no ambiente de trabalho, se for o caso, com o objetivo de confirmação da eficácia de medidas</p>

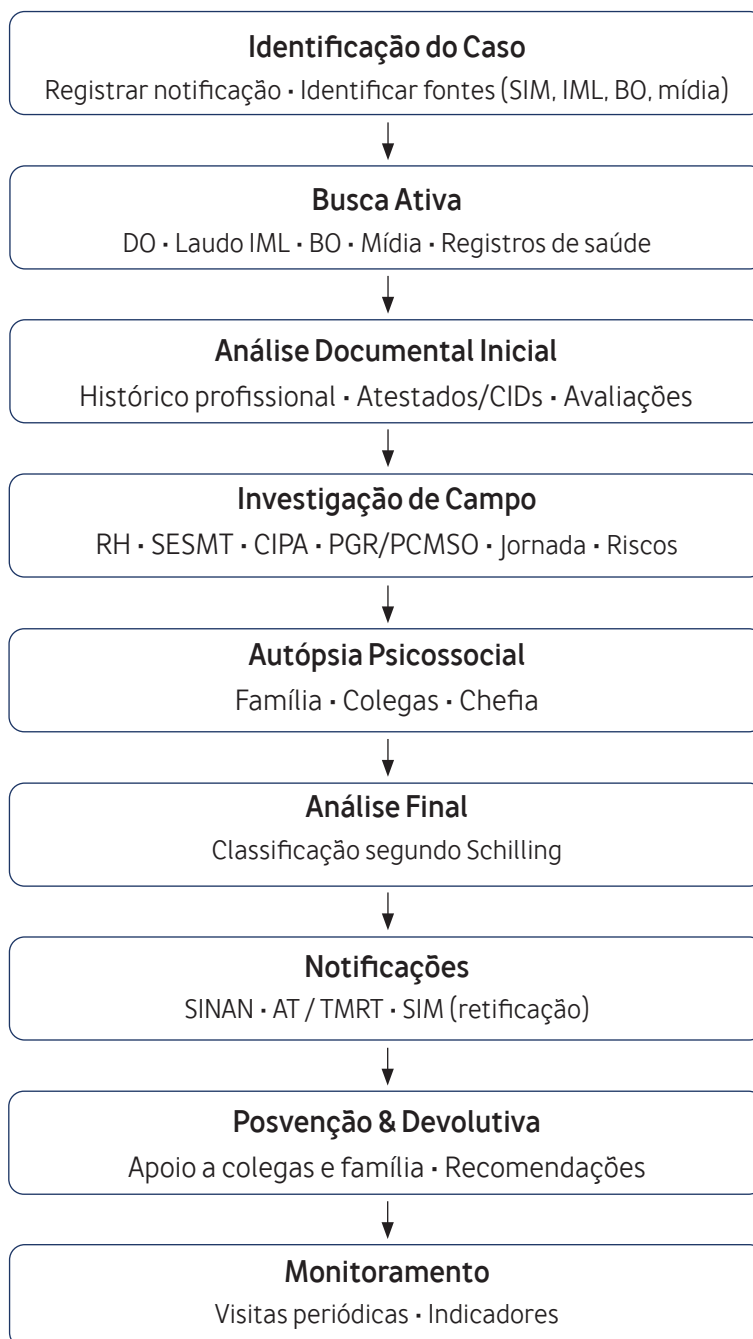
Referente ao uso de indicadores, a pesquisa de Gianvecchio e Jorge (2022) sobre o suicídio no estado de São Paulo, comparou dados da Segurança Pública e da Saúde recomenda a utilização dos dados, pois possibilitam maior e melhor detalhamento das circunstâncias do evento. No estudo de Minayo; Grubits; Cavalcante (2012) foram coletadas informações junto às seguintes instituições: o Instituto Médico Legal (IML), que produz laudos com a descrição da morte; o Batalhão da Polícia Militar, que registra as circunstâncias no Boletim de Ocorrência; o Cartório Municipal, por meio das Declarações de Óbito; o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), que consolida esses dados; e a Secretaria Municipal de Saúde, que disponibiliza registros hospitalares e informações da Estratégia Saúde da Família, cujos profissionais conhecem de perto as famílias e o território.

Quanto ao retorno às empresas, a periodicidade deve ser estabelecida de modo factível para não cair em descrédito perante as unidades monitoradas. Portanto, se não puder acontecer semestralmente, que seja pelo menos anualmente.

Cabe ressaltar que o entendimento da intervenção deve ser o de um processo de acompanhamento e avaliação, ao longo do tempo, em que se deve buscar a negociação com as diversas instâncias, objetivando o aprimoramento da qualidade de vida no trabalho (Brasil, 1998).

Como foi mencionado anteriormente, entende-se o suicídio como um evento sentinela, ou seja, a ponta de um iceberg que revela situação de risco subjacente, sendo que tem a probabilidade de se repetir no mesmo local de trabalho (Dejours & Begué, 2010). Muito antes do suicídio encontraremos a ocorrência dos transtornos mentais. Os CERESTs devem estar atentos sobre os dados de TMRT da área de abrangência para saber onde se expressam com maior recorrência e/ou intensidade. A atitude de vigilância requer ações de busca ativa, intervenção e monitoramento constantes.

10. ESQUEMA-SÍNTESE PARA INVESTIGAÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO RELACIONADOS AO TRABALHO



11. REFERÊNCIAS

ADAMES, B. O Sofrimento além das fronteiras: impactos das violências no processo migratório na saúde mental de imigrantes haitianos, 2025. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2025.

ARAUJO, J. A. P. et al.. Suicide among Indigenous peoples in Brazil from 2000 to 2020: a descriptive study. *Lancet Reg Health Am.* 2023 Sep 14;26:100591. doi: 10.1016/j.lana.2023.100591. PMID: 37732137; PMCID: PMC10507632.

ARILHA, M., GARBIN, A. C., MACHADO, M. G., NEGRÃO, A. I. O., OLIVEIRA, D. M., YASUDA, N. Suicídio e Covid-19: pós-venção em políticas públicas de saúde uma experiência municipal. *Psicologia em Estudo [Internet]*, v. 30, e61701, 2025.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Lei nº 10.083, de 23 de setembro de 1998. Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, [1998]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/7021>. Acesso em: 18 jan. 2026.

AZEVEDO, A. K. S. et al. Compreendendo o suicídio na população negra nordestina. *Mosaico, Revista Multidisciplinar de Humanidades*, v. 16, n. 2, p. 289-299, jun./ago. 2025.

BARRETO, A. A. M.; SOUZA, L. E. P. F. DE .. Desemprego e suicídio na população brasileira em um cenário de crise do capitalismo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 12, p. 5869-5882, dez. 2021.

BERNARDO, M. H; SOUZA, H. A; PIZÓN, J.G.; KAVAMURA, E. A Saúde Mental relacionada ao trabalho: desafios para a saúde pública. *Univ. Psychol.*, v. 14, n. 5, p. 1613-1624. E. Especial, 2015.

BIRMAN, J. A psicopatologia na pós-modernidade. *As Alquimias do mal-estar da atualidade. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 2, n. 1, jan-mar, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 jul. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114)

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília/DF, 2006 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para investigação do óbito com causa mal definida. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília/DF, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro DE 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. 5. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção de suicídio, junho de 2024. Série saúde mental e atenção psicossocial em desastres. 2024a. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/cartilha-prevencao-de-suicidios.pdf.

BRASIL. Boletim Epidemiológico 4, Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021, v. 55, 6 fev. 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde : volume 3 [recurso eletrônico]. 6. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Suicídio (Prevenção), 2025. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/suicidio-prevencao>. Brasília: Ministério da Saúde, 2025a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 6.734, de 18 de março de 2025, altera o Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro 2017, para incluir a esporotricose humana na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2025b.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Cartilha Amarela – Prevenção e combate ao assédio, a outras formas de violências e ao suicídio relacionado ao trabalho, 2025. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/inspecao-do-trabalho/manuais-e-publicacoes/cartilha-amarela-n.pdf>

CASSORLA, R.M.S. Estudos sobre suicídio:Psicanálise e saúde mental. São Paulo: Blucher, 2021.

CAVALCANTE, F. G. et al.. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 8, p. 2039-2052, ago. 2012.

CAVALCANTE, F. G., MINAYO, M. C. S., MANGAS, R. M. N. Diferentes enfrentamentos da depressão no suicídio em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, p.2985-2994, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013001000023.

CECCON, R. F., MENEGHEL, S. N., TAVARES, J. P., & LAUTERT, L.. Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 7, p. 2225-2234, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.09722013>

CHAUI, M. Sobre a violência. Belo Horizonte: Autêntica, 2017 (Escritos de Marilena Chauí, v. 5).

CLOT, Y. Trabalho e poder de agir. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

CLOT, Y. O ofício como operador de saúde. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 16, n. especial 1, p. 1-11, 2013.

COHEN, E. Conceito de natureza humana, trabalho e subjetividade: um aporte para pensar a problemática do suicídio no mundo do trabalho. In: Barreto, M. Netto, N. B e Pereira, L.B. (org) *Do assédio Moral à Morte de Si*. 1 e., São Paulo: Matsunaga, 2011.

DEJOURS, C., BEGUE, F. Suicídio e trabalho: o que fazer? SP. Paralelo 15, 2010.

DOMINGOS, B.; MALUF, M. R.. Experiências de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, v. 16, n. 3, p. 577-589, 2003. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000300016>

FÄRBER, S.S., SILVA, R.M.C.R.A., PEREIRA, E.R., REFRANDE, N.A. e CHICHARO, S.C.R. O sentido da vida e a depressão: uma reflexão sobre fluxo migratório e fatores preditivos de suicídio. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 5, e174952471, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.2471>.

FEITOSA, A. I. R.; FERNANDES, R. DE C. P.. Acidentes de trabalho com óbito: o jornal impresso como fonte de informação. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 39, n. 129, p. 75-85, jan. 2014.

FINAZZI-SANTOS, M. A.; SIQUEIRA, M. V. S.. Considerações sobre trabalho e suicídio: um estudo de caso. *Revista Brasileira De Saúde Ocupacional*, v. 36, n. 123, p. 71-83, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100007>.

FUKUMITSU, K. O.; KOVÁCS, M. J. O luto por suicídios: uma tarefa da pós-venção. *Revista Brasileira de Psicologia*, v. 2, n. 2, p. 41-47, 2015.

GARBIN, A. D. C.; PINTOR, E. A. DA S.. Estratégias de intra e intersectorialidade para transversalizar a saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 44, p. e18, 2019.

GAULEJAC, V. Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2007.

GIANVECCHIO, V. A. P.; JORGE, M. H. P. DE M.. O suicídio no estado de São Paulo, Brasil: comparando dados da Segurança Pública e da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 6, p. 2427-2436, jun. 2022.

GONZAGA, C. W. P., BALDO, M. P., & CALDEIRA, A. P.. Exposição a agrotóxicos ou práticas agroecológicas: ideação suicida entre camponeses do semiárido no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 9, p. 4243-4252, p. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.09052020>

HELOANI, J. R. M. Assédio moral é resultado de cultura empresarial perversa. Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região, 2016. Disponível em: <https://www.trt5.jus.br/noticias/assedio-moral-resultado-cultura-empresarial-perversa-diz-professor>. Acesso em 09/05/2025.

KAWASAKI, I. H.. Estratégias de prevenção do suicídio em médicos: revisão sistemática de literatura. *Mudanças*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 77-86, jun. 2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-32692021000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2025.

LAURELL, A. C; NORIEGA, M.. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LIMA, M. E. A. Réplique 2 - Réplique ao Artigo "Tentativas de Suicídio entre Bancários no Contexto de Reestruturação Produtiva" in RAC, Curitiba, v. 14, n. 5, pp. 949-955, Set./out, 2010.

MELLO-JORGE, M. H. P. de; LAURENTI, R.; DI NUBILA, H. B. V.. O óbito e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos relevantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 13, n. 4, p. 561-576, dez. 2010.

MENDES, J. M. R.; WERLANG, R.. Suicídio no meio rural no Rio Grande do Sul. In: Álvaro Roberto Crespo Merlo; Carla Garcia Bottega; Karine Vanessa Perez. (Org.). *Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho*. 1ed. Porto Alegre: Evangraf, 2014, p. 133-160.

MENEGHEL, S.N., VICTORAB, C.G; FARIAC, N.M.X, LENINE, A.C e FALKE, J.W. Características Epidemiológicas do Suicídio no RS. *Revista Saúde Pública*, v. 38, n. 6, p. 804-10, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000600008>

MERLO, A. Dossiê Suicídios na France Telecom: as consequências nefastas de um modelo de gestão sobre a saúde mental dos trabalhadores. Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional-UFRGS. Porto Alegre, 2009.

MEYER, T. N., RESENDE, I. L. C., & ABREU, J. C. de .. Incidência de suicídios e uso de agrotóxicos por trabalhadores rurais em Luz (MG), Brasil. *Revista Brasileira De Saúde Ocupacional*, v. 32, n. 116, p. 24-30, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572007000200004>

MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>.

MINAYO, M. C. DE S.; GRUBITS, S.; CAVALCANTE, F. G.. Observar, ouvir, compartilhar: trabalho de campo para autópsias psicossociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 8, p. 2027-2038, ago. 2012.

MIRANDA, D.; GUIMARÃES, T. Suicídio Policial: O que sabemos? Dilemas: *Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, v. 9, n. 1, jan-abri, p. 1-18, 2016.

NETTO, N. B. A morte proibida do trabalhador: análise histórico-social das relações entre suicídio e trabalho. In: Barreto, M. Netto, N. B, Pereira, L. B. (org). *Do assédio Moral à Morte de Si*. 1e. São Paulo: Matsunaga, 2011.

NOAL, D.S.; RABELO, I.V.M.; CHACHAMOVICH, E. O impacto na saúde mental dos afetados após o rompimento da barragem da Vale. *Cadernos Saúde Pública*, v. 35, n. 5, e00048419, 2019.

OKUYAMA, J. H. H. OKUYAMA, J. H. H.; GALVÃO, T. F.; SILVA, M. T. Intoxicações e fatores associados ao óbito por agrotóxicos: estudo caso controle, Brasil, 2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. v. 23, e200024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200024>.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Garantir a segurança e a saúde no trabalho num clima em mudança: síntese do relatório, 2024. https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-04/OIT_SafeDay24_S%C3%ADntese-do-Relat%C3%B3rio.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção do suicídio um recurso para conselheiros. Genebra: OMS, 2006. Disponível em: < http://www.proec.ufpr.br/download/extensao/2017/abr/suicidio/prev_suicidio_recurso_para_conselheiros.pdf>. Acesso em: 02/08/2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Viver a vida. Guia de implementação para a prevenção do suicídio nos países. Brasília, D.F.; 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275724248>.

PEPER-NASCIMENTO, J. et al.. Influence of changes in occupational status during the COVID-19 pandemic on suicidal narrative, suicide crisis syndrome, and suicidal ideation in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 10, p. e01862023, 2024.

PEREIRA, L.B. O mundo do trabalho e as questões éticas que envolvem o adoecer e morrer dos trabalhadores. In: Barreto, M. Netto, N.B e Pereira, L.B. (org). *Do assédio Moral à Morte de Si*. 1 e. – São Paulo: Matsunaga, 2011.

PICHON-RIVIÈRE, E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

REZENDE, F. Suicídio como desamparo humano. O fenômeno no Olhar Winnicottiano. 1 ed. São Paulo, Fontenele Publicações, 2019.

SANTA, N. D., CANTILINO, A. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 4, p. 772-780, 2016.

SATO, L. Saúde Mental e Trabalho - as diversas expressões. *Revista Trabalho e Saúde*, n.38, p. 40-40, 1995.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Guia de orientações para abordagem ao luto por suicídio e posvenção. Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio da SES-DF, 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Nota Técnica CVDANT 01/2021 - Núcleo de Vigilância de Violências, 2021. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/violencias-e-acidentes/doc/nt012021cvdantnucleovigviol2021.pdf?attach=true>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Coleção Guia de Referência Rápida Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção Versão Profissional Série F. Comunicação e Educação em Saúde SMS/RJ, 2016. Disponível em: <https://subpav.org/>

SELIGMANN-SILVA, E. Trabalho e Desgaste Mental: o direito de ser dono de si mesmo. SP: Ed. Cortez, 2011.

SHNEIDMAN, E. S. *Deaths of man*. Baltimore: Penguin Books, 1973.

SHOIB S et al.. Prevention of suicides associated with global warming: perspectives from early career psychiatrists. *Front Psychiatry*. 2023 Nov 14;14:1251630. doi: 10.3389/fpsy.2023.1251630.

SILVA, K. Saúde Mental de Imigrantes em Situação de Precariedade Laboral: Primeiras Aproximações. In: *Anais do XVIII Simpósio Nacional de Geografia Urbana (SIMPURB)*. Anais... Niterói (RJ) Online, 2024. Disponível em: www.sisgeenco.com.br/anais/simpurb/2024. Acesso em: 21/01/2026.

SILVA, C. O. DA .; RAMMINGER, T.. O trabalho como operador de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 12, p. 4751-4758, dez. 2014.

SILVEIRA, R. A. DA .; MEDEIROS, C. R. O.. Viver e morrer pelo trabalho: uma análise da banalidade do mal nos crimes corporativos. *Organizações & Sociedade*, v. 21, n. 69, p. 217-234, abr. 2014.

SOUZA, N. S. S., PORTINHO, B.G., BARREIROS, M.F. Acidentes de trabalho com óbito registrados em jornais no Estado da Bahia; v. 30, n.1, p. 77-89, jan/jun, 2006. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2006.v30.n1.a1350>.

TEIXEIRA S. M. de O. O Método de Autópsia Psicossocial como Recurso de Investigação acerca do Suicídio. *Psic: Teor e Pesq [Internet]*. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34434>

TORLAI, V.C. A Vivência do Luto em Situações de Desastres Naturais. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) 2010. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

VARES, S.F.D. O problema do suicídio em Émile Durkheim. In *Revista do Instituto de Ciências Humanas*, v. 13, n. 18, 2017.

VARJÃO, S. Micropoderes, macroviolências [online]. Salvador: EDUFBA, 2008. 214 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/22zbb/pdf/varjao-9788523209193.pdf>.

VENCO, S., BARRETO, M. O sentido social do suicídio no trabalho. *Revista Espaço Acadêmico* nº 108, maio, 2010.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guidelines on mental health at work. Geneva: World Health Organization; 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Suicide [Internet]. World Health Organization. 2023 [acesso em 25 set 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/suicide>.



Secretaria de
Saúde



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO