



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO**

TARCISO DE FIGUEIREDO PALMA

**QUANDO A SAÍDA É A PRÓPRIA MORTE: análise exploratória do
contexto suicida a partir do trabalho, gênero e fases da vida**

**FEIRA DE SANTANA - BAHIA
2022**

TARCISO DE FIGUEIREDO PALMA

**QUANDO A SAÍDA É A PRÓPRIA MORTE: análise exploratória do
contexto suicida a partir do trabalho, gênero e fases da vida**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de
Santana para a obtenção do título do grau de Doutor
Saúde Coletiva.

Orientadora: Tânia Maria de Araújo
Coorientador: Jules Ramon Brito Teixeira

FEIRA DE SANTANA – BAHIA

2022

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Palma, Tarciso de Figueiredo

P196q Quando a saída é a própria morte: análise exploratória do contexto suicida a partir do trabalho, gênero e fases da vida. / Tarciso de Figueiredo
Palma. – 2022.
234 f.; il.

Orientadora: Tânia Maria de Araújo

Coorientador: Jules Ramon Brito Teixeira

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Feira de Santana.

Programa, de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Feira de Santana, 2022.

1.Suicida. 2.Suicídio – Tentativa. 3. Saúde mental. 4.Saúde do trabalhador. 5.Saúde coletiva. I.Araújo, Tânia Maria de, orient. II. Teixeira, Jules Ramon Brito, co-orient. III.Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

DEDICATÓRIA

Articular historicamente o passado não significa conhecê-lo “como ele de fato foi”. Significa apropriar-se de uma reminiscência, tal como ela relampeja no momento de um perigo. Cabe ao materialismo histórico fixar uma imagem do passado, como ela se apresenta, no momento do perigo, ao sujeito histórico, sem que ele tenha consciência disso. O perigo ameaça tanto a existência da tradição como os que a recebem. Para ambos, o perigo é o mesmo: entregar-se às classes dominantes, como seu instrumento. Em cada época, é preciso arrancar a tradição ao conformismo, que quer apoderar-se dela. Pois o Messias não vem apenas como Salvador; Ele vem também como vencedor do Anticristo. O dom de despertar no passado as centelhas da esperança é privilégio exclusivo do historiador convencido de que também os mortos não estarão em segurança se o inimigo vencer. E esse inimigo não tem cessado de vencer (Benjamim, 1994).

Dedico esta tese a todos os trabalhadores e trabalhadoras que foram “suicidados” pelo sistema de produção que se baseia em relações assimétricas entre as pessoas. Este trabalho se aventa a ser um eco de suas angústias.

AGRADECIMENTOS

Peço, de antemão, perdão, pois incorro na possibilidade de ser injusto ao não citar alguém especial. Posso, também, soar negligente com as mais diferentes manifestações da fé. Porém eu sou filho de um Pai Maior e é a Ele que reservo minha gratidão inicial. Deus me amparou, confortou e orientou durante todas as fases da minha vida e d'Ele dependo e reservo meus próximos passos. Obrigado Pai!

Formalmente, agradeço especialmente aos membros da banca que avalia esta tese: professoras Ana Clara e Paloma Pinho; professores Guilherme Werneck e Maelison Neves. Obrigado pelo tempo dedicado na avaliação deste trabalho e pela boa vontade em aceitar o convite.

Registro gratidão à CAPES, por todo o apoio, através do fomento às pesquisas brasileiras, em especial as conduzidas em prol da Saúde do Trabalhador. A CAPES tem papel fundamental para o controle social sobre a relação Capital x Trabalho, através de seu apoio. Sem esta sustentação, os imensos problemas causados às pessoas trabalhadoras, permaneceriam veladas, escamoteadas nos interesses do Capital.

Agradeço ao espaço dado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, aos professores e colegas que fizeram parte desta minha jornada. Em especial, ao Núcleo de Epidemiologia (NEPI), que me cedeu o ambiente para que eu me desenvolvesse como um pesquisador melhor e mais atento às demandas coletivas que repercutam na justiça social. Aos colegas que convivi ali, minha eterna gratidão. Faço uma menção especial a minha amiga Natália, que sempre foi mais que uma parceira, uma amiga a quem devo meu muito obrigado.

Obrigado à minha querida orientadora, professora Tânia Maria de Araújo, que talvez não saiba (ou talvez sim), mas para mim, representa uma força avassaladora da pesquisa brasileira e mundial, que sempre me inspirou e me ajudou a perseverar em permanecer lutando nesta árdua tarefa que é (sobre)viver da pesquisa e da educação num país, completamente dependente, mas que pouco valoriza essas nobres artes.

Ao meu coorientador e muito mais que isso, a um amigo especial, que foi colocado na minha vida pelo Pai Maior. Não apenas pela riqueza nas contribuições feitas neste percurso acadêmico, mas pelas risadas, planos, conversas, conselhos e orientações para a vida. Este percurso foi rico de afetividade também e, principalmente, por sua causa, meu querido Jules. A sua presença em nossas vidas (minha e de minha família) será constante, até porque você faz parte dela.

Minha maior inspiração de vida é o casamento das qualidades de meus pais. A dedicação incansável e a alegria de meu pai, a inteligência, sensibilidade e poesia de minha mãe, também educadora e eterna cuidadora. Deus me contou o quanto vocês falam de mim para Ele. Vocês podem até não saber que eu sei, mas Ele me conta tudo. Sou devoto de vocês. Somos eu e Tiago, meu irmão amado, dependentes do amor de vocês. Muito obrigado por tudo!

Por fim e mais importante que tudo nesta vida, eu preciso deixar explícito a minha maior gratidão. Todos aqui citados foram e são importantíssimos nestes anos de percurso de doutoramento e evolução, mas ninguém mais que minha esposa amada. Durante todo esse processo, nosso Pedrinho nasceu e ela foi mãe, muito mais do que eu consegui ser pai. Foi mulher, trabalhadora, dentro e fora de casa, amiga, conselheira, ouvidos, voz, turbulência, mansidão. Ela foi amor em tudo, das queixas e lágrimas, às vitórias. Sofremos muito juntos, lutamos muito juntos, vencemos muito juntos. Juntos! Sempre!

Valorizo cada pedacinho da nossa história. Nossa amor está materializado no nosso coração que pulsa fora do corpo. Esse clichê faz total sentido quando você ama absurdamente alguém. Então é muito por ele, nossas lutas. Pedrinho só conheceu amor, mesmo durante todas as nossas incertezas e a isso, também, sou grato a você, minha amada Elvinha. Amo vocês!

Obrigado a todos que deixaram em mim um pouco de vocês. Espero ter deixado em vocês o melhor de mim!

Tarciso de Figueiredo Palma

30.11.2022

Amar é ser consciente
da nossa própria loucura,
é quando a gente se junta
formando uma só mistura,
de igualdade e diferença.
Se o amor fosse doença
seria dessas sem cura...

Bráulio Bessa

RESUMO

INTRODUÇÃO: O suicídio é um fenômeno desafiador - evento multideterminado, complexo, trágico. Suas taxas e tendência crescente revelam a urgência da sua compreensão, para que avanços no conhecimento de seus determinantes possam ganhar o relevo necessário, favorecendo as ações de enfrentamento. **OBJETIVOS:** Geral: Estimar a ocorrência de suicídio no Brasil e de ideação suicida em população urbana de um município de grande porte do nordeste brasileiro, segundo fatores relacionados ao trabalho, gênero e faixa etária. Objetivos específicos: (1) Descrever a taxa de suicídios no Brasil a partir dos dados notificados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), com ênfase nas suas características sócio-ocupacionais; (2) Conduzir análise exploratória de fatores associados à ideação suicida (IS) na população urbana em município de grande porte brasileiro; (3) Estimar a frequência da IS, focalizando diferentes fases da vida; e, (4) Avaliar associação entre insatisfação global e IS em população trabalhadora em município do nordeste brasileiro. **MÉTODOS:** A tese explorou bases de dados secundários (Sistema de Mortalidade/SIM e IBGE) na análise de suicídio, e dados transversais oriundos da segunda onda de uma coorte prospectiva conduzida em Feira de Santana–BA. Para suicídio, foi realizado estudo ecológico, com finalidade descritiva, utilizando dados do SIM. Foram rastreados os casos na faixa de 14 a 65 anos, procedendo-se, em seguida, à identificação da ocupação pela CBO. Foram descritas as características sócio-ocupacionais, no ano de 2020, e avaliada a tendência temporal de suicídio de 2010 a 2020, estratificada por gênero. A IS foi analisada a partir de dados de uma amostra representativa da população urbana de 15 anos ou mais de idade selecionada por amostragem por conglomerados em múltiplos estágios ($N=4.170$). Os dados foram coletados por questionário estruturado com blocos de questões sociodemográficas, ocupacionais, de saúde mental, hábitos de vida e história pregressa de violências sofridas. A IS foi avaliada pela resposta positiva ao item 17 do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). **RESULTADOS:** Observou-se tendência crescente sustentada de suicídio no Brasil entre 2010 e 2020, com VPP (Variação Percentual Proporcional) de 60,1% ($VPP_{homens}= 62,8\%$; $VPP_{mulheres}= 51,4\%$). A taxa de suicídios foi de 5,3/100 mil pessoas. Destacaram-se as taxas em indivíduos entre 30-49 anos, (6,1/100 mil nesta faixa; 9,6 entre homens e 2,6 entre as mulheres; risco 3,7 vezes maior em homens). A taxa de mortalidade por suicídio entre pessoas classificadas como indígenas foi de 15,2/100 mil. Os trabalhadores da agricultura ocuparam a primeira posição, com 18,4 suicídios por 100 mil trabalhadores do setor. A prevalência global de IS foi 6,5% e associou-se, em todas as fases da vida, à violência física e emocional, percepção negativa da própria saúde, dimensões de insatisfação, transtornos do

pânico, de ansiedade generalizada e depressão. Em jovens e adultos, associaram-se à IS: violência na infância, distúrbios do sono e transtornos somáticos. Entre adultos, além dessas variáveis, a IS associou-se a ser mulher, até o ensino médio, não ter trabalho remunerado e sobrecarga doméstica. O uso excessivo de álcool associou-se à IS apenas entre adolescentes e adultos jovens. A prevalência de IS em amostra de trabalhadores(as) (N=1.629) foi de 5%. Efeitos diretos significantes para IS foram observados para insatisfação global e alta demanda emocional do trabalho. Ser mulher, menor renda mensal, ausência de atividades de lazer, comprometimento excessivo com o trabalho e alta demanda emocional apresentaram efeitos indiretos significantes mediados pela insatisfação global. **CONCLUSÕES:** Os dados evidenciaram tendência de crescimento de suicídio no Brasil. População masculina, indígena e trabalhadores da agricultura foram os grupos mais afetados, devendo ser grupos para ações prioritárias. No estudo de IS, identificou-se um conjunto de determinantes com destaque para a insatisfação global. Os dados fornecem elementos para a melhor compreensão do fenômeno suicídio e IS, auxiliando no seu dimensionamento, na identificação de grupos mais vulneráveis e dos fatores sobre os quais cabem ações imediatas.

Palavras-chave: Ideação suicida, Suicídio, Tentativa de Suicídio, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Saúde Coletiva

ABSTRACT

INTRODUCTION: Suicide is a challenging phenomenon - a multidetermined, complex, tragic event. Its rates and growing trend reveal the urgency of understanding it, so that advances in the knowledge of its determinants can gain the necessary prominence, favoring actions to confront it.

OBJECTIVES: General: To estimate the occurrence of suicide in Brazil and of suicidal ideation in the urban population of a large city in northeastern Brazil, according to work-related factors, gender, and age group. Specific Aims: (1) To describe the suicide rate in Brazil from data reported in the Mortality Information System (SIM), with emphasis on socio-occupational characteristics; (2) To conduct an exploratory analysis of factors associated with suicidal ideation (SI) in the urban population of a large Brazilian city; (3) To estimate the frequency of SI, focusing on different phases of life; and, (4) To evaluate the association between global dissatisfaction and SI in a working population in a city in the northeast of Brazil.

METHODS: The thesis explored secondary databases (Mortality System/SIM and IBGE) in the analysis of suicide, and cross-sectional data from the second wave of a prospective cohort conducted in Feira de Santana-BA. For suicide, we carried out an ecological study, with descriptive purposes, using SIM data. Cases in the age range 14 to 65 years were tracked, and then the occupation was identified by CBO. We described the socio-occupational characteristics, in the year 2020, and evaluated the temporal trend of suicide from 2010 to 2020, stratified by gender. SI was analyzed from data from a representative sample of the urban population aged 15 years and older selected by multi-stage conglomerate sampling (N=4,170).

Data were collected using a structured questionnaire with blocks of sociodemographic, occupational, mental health, living habits, and past history of violence. SI was evaluated by the positive response to item 17 of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20).

RESULTS: We observed a sustained increasing trend of suicide in Brazil between 2010 and 2020, with a PPV (Proportional Percentage Change) of 60.1% (PPVmen= 62.8%; PPVwomen= 51.4%). The suicide rate was 5.3/100,000 people. The rates in individuals aged 30-49 years stood out, (6.1/100,000 in this range; 9.6 among men and 2.6 among women; risk 3.7 times higher in men). The suicide death rate among people classified as indigenous was 15.2/100,000. Agricultural workers ranked first, with 18.4 suicides per 100,000 workers in the sector. The overall prevalence of SI was 6.5% and was associated, in all life stages, with physical and emotional violence, negative perception of one's own health, dimensions of dissatisfaction, panic disorders, generalized anxiety, and depression. In young people and adults, childhood

violence, sleep disorders, and somatic disorders were associated with SI. Among adults, besides these variables, SI was associated with being a woman, having not completed high school, not having a paid job, and having a heavy domestic load. Excessive alcohol use was associated with SI only among adolescents and young adults. The prevalence of SI in a sample of workers (N=1,629) was 5%. Significant direct effects for SI were observed for global dissatisfaction and high emotional demand of work. Being female, lower monthly income, absence of leisure activities, excessive commitment to work, and high emotional demand had significant indirect effects mediated by global dissatisfaction. CONCLUSIONS: The data showed an increasing trend of suicide in Brazil. Male population, indigenous and agricultural workers were the most affected groups and should be groups for priority actions. In the IS study, a set of determinants was identified with emphasis on global dissatisfaction. The data provide elements for a better understanding of the phenomenon of suicide and IS, helping in its dimensioning, in the identification of more vulnerable groups and of the factors on which immediate action is needed.

Keywords: Suicidal ideation; Suicide; Suicide, attempt; Mental Health; Occupational Health; Public Health

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AFI	Análise Fatorial Confirmatória
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
CAGE	Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCVISAT	Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COMP	Comprometimento Excessivo com o Trabalho
DAD	Doença articular degenerativa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DEMO	Demanda emocional do trabalho
DORT	Doença osteomuscular relacionada ao trabalho
ERI	Effort-Reward Imbalance
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
GEN	Gênero
GSHS	Pesquisa Global de Saúde do Estudante com Base na Escola
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICM	Insatisfação consigo mesmo
ICT	Insatisfação com capacidade para o trabalho
IMV	Modelo Motivacional-Volitivo Integrado
INSAT	Insatisfação Global
IQV	Insatisfação com a qualidade de vida
IRP	Insatisfação com as relações pessoais
IS	Ideação suicida
ISAU	Insatisfação com a saúde
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
JCQ	Job Content Questionnaire
LCA	<i>Latent Class Analysis</i>
MEE	Modelagem de Equações Estruturais
MREN	Menor Renda Mensal
MS	Ministério da Saúde
MSQ	Mini-Sleep Questionnaire
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHQ	Patient Health Questionnaire
PEA	População Economicamente Ativa
PIA	População em Idade Ativa
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIDRA	Sistema IBGE de Recuperação Automática
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SRQ	Self-Reporting Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Transtorno de ansiedade generalizada
TMC	Transtornos Mentais Comuns
VPP	Variações Proporcionais Percentuais
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

Quadro 1 Variáveis do estudo e categorizações possíveis 86

Artigo 3

Quadro 1 Desfechos analisados para a ideação suicida e seus instrumentos de rastreio.....148

TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 Distribuição de casos e taxas de mortalidade de suicídio por 100.000 segundo dados sócio-ocupacionais do suicídio em trabalhadores e trabalhadoras no Brasil104

Tabela 2 Distribuição do número de casos registrados no SIM segundo os grupos de ocupação mais afetados106

Tabela 3 Dados sociodemográficos dos suicídios de trabalhadores e trabalhadoras da agricultura no Brasil108

Artigo 2

Tabela 1 Distribuição da frequência da população urbana com 15 ou mais, segundo variáveis independentes e de acordo com a prevalência de ideação suicida. Feira de Santana-BA, 2022. (N=4.170).....128

Tabela 2 Análise ordenada de fatores associados à ideação suicida em população urbana com 15 ou mais residente em município de grande porte. Feira de Santana-BA, 2022. (N=4.170).....131

Artigo 3

Tabela 1 Prevalência da ideação suicida, por estratos etários em residentes de município de grande porte. Feira de Santana-BA, 2022. (N=4.163).....149

Tabela 2 Análise bivariada de fatores associados à ideação suicida, em população urbana entre 15 e 24 anos, residentes em município de grande porte. Feira de Santana-BA, 2022. (N=783).....150

Tabela 3 Análise bivariada de fatores associados à ideação suicida, em população urbana entre 25 e 59 anos, residentes em município de grande porte. Feira de Santana-BA, 2022. (N=2.313).....152

Tabela 4. Análise bivariada de fatores associados à ideação suicida, em população urbana de 60 anos ou mais, residentes em município de grande porte. Feira de Santana-BA, 2022. (N=1.067).....154

Artigo 4

Tabela 1 Frequência de ideação suicida em trabalhadores(as), segundo características sociodemográficas, prática de lazer, vivência de violência, estresse ocupacional e insatisfação. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019. (N=1.629).....181

Tabela 2 Prevalência de ideação suicida em trabalhadores(as), segundo características sociodemográficas, prática de lazer, vivência de violência, estresse ocupacional e insatisfação. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019. (N=1.629).....182

Tabela 3 Cargas fatoriais padronizadas do modelo de mensuração de Insatisfação Global de trabalhadores(as). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019. (N=1.629).....	183
Tabela 4 Efeitos totais e indiretos específicos padronizados do modelo de equações estruturais de fatores determinantes da Ideação Suicida em trabalhadores(as). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019. (N=1.629).....	186

FIGURAS

Figura 1 Contexto suicida.....	17
Figura 2 Fluxograma de elegibilidade baseada no protocolo PRISMA.....	33
Figura 3 Mapa do gradiente de publicações, por origem dos estudos (2017 a 2021)	34
Figura 4 Nuvem de palavras associadas a ideação suicida	36
Figura 5 Modelo teórico-explicativo do contexto suicida.....	75

Artigo 1

Figura 1 Fluxograma de seleção de casos de suicídio em trabalhadores no Brasil.....	99
Figura 2 Suicídios e VPP na PEA no período de 2010-2020.....	102
Figura 3 Principais métodos suicidários em trabalhadores(as), no Brasil.....	107

Artigo 2

Figura 1 Modelo teórico de determinação da ideação suicida.....	126
---	-----

Artigo 3

Figura 1 Fatores associados a ideação suicida por fases da vida.....	156
--	-----

Artigo 4

Figura 1 Modelo estrutural de determinantes da ideação suicida em trabalhadores(as).....	178
Figura 2 Modelo de equações estruturais com efeitos diretos e indiretos específicos para a ideação suicida em trabalhadores(as). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019. (N=1.629).....	186

APRESENTAÇÃO

A morte permanece sendo um dos maiores tabus da sociedade. Quando esta ocorre por vontade do próprio indivíduo que a deseja para si, tende a ser ainda mais complexa e de difícil compreensão. Acessar os mecanismos, conjunturas e estruturas que possibilitam a ocorrência do suicídio é uma das tarefas mais emblemáticas da comunidade científica.

Esta tese tem como maior objetivo, possibilitar a construção de novos conhecimentos sobre um fenômeno complexo, de determinação multidimensional, que é o suicídio e seu contexto. Este é definido pelo próprio evento fatal, pelas tentativas frustradas, pelo seu planejamento e pela ideia de se matar, foco deste estudo. Assim, considerando que o evento de interesse desta tese manifesta-se em etapas diversas, buscou-se conhecer duas etapas desse evento: o suicídio (evento fatal) e ideação suicida, que constituiu um passo inicial que produz esse evento trágico. Na análise do suicídio foram avaliados dados de mortalidade e para ideação suicida, foram avaliados dados de um estudo em amostra de população urbana, com 4.170 pessoas de um município de grande porte brasileiro, oriundos de uma coorte intitulada “Vigilância em saúde mental e trabalho: uma coorte da população de Feira de Santana-BA”. Este estudo, possibilitou avaliarmos a ideação suicida na população geral e no estrato de trabalhadores, verificando suas distinções relacionadas a gênero, fase da vida e trabalho.

Esta tese está dividida em seções, organizadas a partir de uma introdução, os objetivos, o referencial teórico, os materiais e métodos, os resultados e discussões e as considerações finais.

Inicialmente, foi realizada revisão teórica, com foco em escrutinar as relações e fatores associados à ideação suicida nas populações. Os dados dessa revisão foram sistematizados e sustentaram o referencial teórico apresentado na tese.

A tese inclui quatro artigos. O primeiro teve como foco o dimensionamento do suicídio no Brasil, com ênfase na análise de sua ocorrência em grupos de trabalhadores. Com o título “A morte ronda o cotidiano do trabalho: análise do suicídio entre trabalhadores e trabalhadoras no Brasil”, o artigo objetivou analisar a frequência de suicídios no Brasil a partir dos dados notificados no SIM, com ênfase nas suas características sócio-ocupacionais. A ideação suicida foi analisada em três artigos: um com foco em fases da vida (faixas etárias), o segundo avaliou os fatores associados ordenados em blocos por proximidade do desfecho e o último focalizando os trabalhadores e trabalhadoras.

O artigo “Fatores associados a ideação suicida em populações urbanas: existem diferenciais segundo as fases da vida?” objetivou estimar a frequência da ideação suicida em população urbana de município de grande porte brasileiro, e avaliar os fatores associados à sua ocorrência em diferentes fases da vida. O artigo “Fatores associados à ideação suicida em população urbana”, analisou a ocorrência da ideação suicida na população geral a partir de fatores ordenados em blocos, por proximidade ao desfecho. E, o artigo “Determinantes da ideação suicida em trabalhadores e trabalhadoras: uma abordagem de modelagem com equações estruturais”, objetivou analisar os efeitos diretos e indiretos de determinantes da ideação suicida em trabalhadores(as), com foco na insatisfação global como exposição principal.

Com estes produtos, pretendemos contribuir com a, ainda, incipiente pesquisa brasileira sobre o contexto do suicídio relacionado ao trabalho, oferecendo elementos para avanços contra a quase intransponível barreira estabelecida, historicamente, pelas forças do capital, que mantém nas sombras de seus interesses algo que poderia denunciar o frágil tecido em que se estabelecem as relações humanas e de trabalho e suas assimetrias que fazem agonizar o trabalhador e trabalhadora brasileiro.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 OBJETIVO GERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3 REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1 CONTEXTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA IDEAÇÃO SUICIDA	25
3.2 CONCEITOS NECESSÁRIOS DA DIMENSÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA.....	28
3.3 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA IDEAÇÃO SUICIDA.....	29
3.3.1 Estado da arte: caracterização da produção identificada na revisão da literatura	30
3.3.2 O perfil etário da ideação suicida e seus fatores associados	37
3.3.3 Gênero e a ideação suicida	46
3.3.4 A variabilidade de condições socioeconômicas e da vida na ideação suicida.....	51
3.3.5 O mundo do trabalho: um capítulo essencial no contexto suicida	57
3.3.6 Precursores da ideação suicida: breve síntese dos diversos aspectos que favorecem a sua ocorrência ..	70
3.3.7 Modelo teórico-explicativo da ideação suicida	74
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	78
4.1 Tipo de estudo	78
4.2 População do estudo.....	78
4.2.1 Seleção da amostra	79
4.2.2 Critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão)	80
4.3 Coleta de Dados.....	80
4.4 Variáveis do estudo.....	81
4.5 Procedimentos de análise de dados e produtos da pesquisa.....	90
4.5.1 Fase 1: Caracterização do suicídio no Brasil, em 2020, e sua série histórica de 2010 a 2020	90
4.5.2 Fase 2: Estudo empírico sobre os fatores associados a ideação suicida na população urbana de Feira de Santana – Ba.....	92
4.5.2.1 Fatores associados à ideação suicida em população urbana.....	92
4.5.2.2 Fatores associados a ideação suicida segundo distinções pelas fases da vida.....	93
4.5.2.3 Determinantes da ideação suicida em trabalhadores e trabalhadoras.....	93
4.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	94
4.7 Limitações identificadas.....	94
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	95
5.1 Artigo 1: “A morte ronda o cotidiano no trabalho: análise do suicídio entre trabalhadores e trabalhadoras no Brasil”	96
5.2 Artigo 2: “Fatores associados à ideação suicida em população urbana”.....	119
5.3 Artigo 3: “Fatores associados a ideação suicida em populações urbanas: existem diferenciais segundo as fases da vida?”	143
5.4 Artigo 4: “Determinantes da ideação suicida em trabalhadores e trabalhadoras: uma abordagem de modelagem com equações estruturais”	172
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	197
REFERÊNCIAS	202
ANEXO A- MODELO MOTIVACIONAL-VOLITIVO INTEGRADO (IVM).....	218
ANEXO B- DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, DE DAHLGREN E WHITEHEAD	219
ANEXO C- DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, DE SOLAR E IRWIN	220
ANEXO D- QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO PROJETO “VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO: UMA COORTE DA POPULAÇÃO DE FEIRA DE SANTANA-BA”	221

1 INTRODUÇÃO

A compreensão dos processos saúde-doença nas coletividades é, historicamente, um dos maiores desafios da humanidade. A busca pela saúde física e mental e o conhecimento sobre os seus fatores condicionantes, sejam estressores, sejam protetores, tem sido empreendida por pesquisadores de todo o mundo. Para isto são utilizados diferentes métodos. Assim, promove-se o desenvolvimento dos conhecimentos a respeito do processo saúde-doença e dos mecanismos que possibilitam as descobertas científicas.

Dentre os maiores desafios que compõem as preocupações de pesquisas sobre o adoecimento das populações, estão aqueles relacionados ao funcionamento psíquico. De natureza complexa, sua investigação, incluindo os instrumentos diagnósticos para a diversidade de problemáticas relacionadas à saúde mental, bem como estratégias de enfrentamento das psicopatologias, requerem investimentos econômicos, científicos, formativos e das estruturas de serviços de saúde. É central, na organização das redes de atenção à saúde, a inclusão de análise e intervenção sobre os problemas de saúde mental, tanto com finalidade preventiva, quanto curativa.

Atualmente, todo o mundo tem passado pela crise provocada pela pandemia da COVID-19 (novo corona vírus), que já acometeu 669,460 milhões de pessoas e provocou a morte de, aproximadamente, 6,8 milhões no planeta, sendo 10,2%, apenas no Brasil (aproximadamente, 696.603 óbitos registrados e veiculados até janeiro de 2023), segundo dados do Painel de casos de doença pelo coronavírus (2023). Apesar do controle relativo da pandemia, outros efeitos deletérios ainda serão sentidos por mais tempo, provenientes diretamente da pandemia ou de seus efeitos secundários, como o desemprego em massa, relações sociais e de trabalho fragilizadas, mudanças nos processos de trabalho e adoecimento mental.

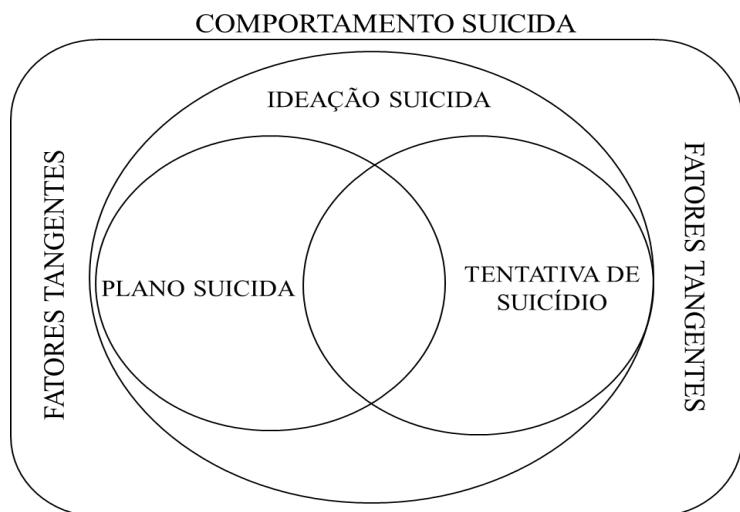
Neste contexto, eclodem as mais diversas psicopatologias com impacto nas estatísticas de morbimortalidade mundiais. Dentre estas, o suicídio tem ganhado relevo e se configurado como importante e proeminente problema de saúde pública. O suicídio passou a ter maior notoriedade, a partir da década de 1950, quando surge como subespecialidade da Psiquiatria: a Suicidologia – caracterizada pelos esforços voltados à compreensão desse fenômeno, incluindo abordagens da bioquímica, farmacologia, psiquiatria, sociologia e psicologia (PEREIRA *et al.*, 2020). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio vitima, a cada ano, uma média de 800 mil pessoas no mundo. Isto significa que, a cada 40 segundos, uma pessoa

comete suicídio: uma taxa de 11,6 suicídios a cada 100 mil pessoas, por ano (PEREIRA *et al.*, 2020).

São inúmeros os estudos que demonstram a relevância desta temática, conforme será apresentado a seguir. O suicídio corresponde a uma das quinze causas de morte na população geral e a segunda causa em adultos jovens (WHO, 2021). No Brasil, somam mais de 170 mil casos em vinte anos (1996 a 2015) (KANTORSKI *et al.*, 2021). O país é o décimo sétimo (WHO, 2021) em taxa de suicídios das Américas, sendo o estado de Santa Catarina mais proeminente em número de registros (PEREIRA *et al.*, 2020). Em números brutos, o Brasil sobe para segundo colocaçõa neste ranking (14.540 casos), ficando atrás apenas dos Estados Unidos (53.099 casos) (WHO, 2021). São cerca de 12 mil casos de suicídio, por ano, no país; ou seja, a cada 46 minutos, uma pessoa provoca a própria morte. Na Bahia, ocorreram 5.160 casos, de 2010 a 2019, sendo 634 suicídios consumados, apenas em 2019 (SESAB, 2020a). Neste mesmo ano, foi instituída a Lei 13.819 - Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, sendo esta, uma estratégia permanente para a prevenção dos casos e para o tratamento dos seus condicionantes (BRASIL, 2019).

Apesar deste desfecho trágico e irreversível, o suicídio não ocorre repentinamente; em geral, o indivíduo apresenta sinais e sintomas que indicam a sua intenção. Há, portanto, um contexto suicida que envolve um conjunto de características que, sinalizam a situação. A ideação suicida e a tentativa prévia de suicídio, bem como planos suicidas compõem indicadores que podem auxiliar na compreensão do fenômeno e nas ações para sua prevenção. Compreender os conceitos que derivam no suicídio, faz parte deste esforço para caracterizar o comportamento suicida (Figura 1).

Figura 1 – Contexto Suicida



Fonte: autoria própria

Nos Estados Unidos, a cada ano, para cada tentativa de suicídio, aproximadamente, existem seis indivíduos com ideias sobre o autoextermínio (BAQUERO *et al.*, 2017). Em estudo que buscou identificar os padrões da ideação suicida, ficou evidenciado que existe flutuação na intensidade da ideia do autoextermínio, e que esta variação pode interferir nas tentativas (DENNESON *et al.*, 2020), ou seja, para se compreender o suicídio é preciso o aprofundamento no conhecimento de fatores, muitas vezes latentes, e que compõem o comportamento suicida. Esta é uma tarefa que exige muito investimento em estratégias que descortinem tais condições, uma vez que o suicídio é carregado de estigmas que dificultam a exposição do problema pela população que apresenta maior risco (BAQUERO *et al.*, 2017).

O suicídio é considerado uma ação pessoal e intencional em que culmina na própria morte, ou seja, é ato com desfecho fatal antecipadamente planejado, que se inicia com a ideia de cometer suicídio, passando pela tentativa, até se chegar ao evento trágico. Portanto, necessariamente, tem como fase antecipada, a ideação suicida, sendo esta uma construção dinâmica, que pode envolver desde sentimentos de desvalorização, até desejos intensos de morte, com preocupações sistemáticas e delirantes (BAQUERO *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2020). Denneson e colaboradores (2020), definem a ideação suicida como uma batalha angustiante, muito mais prevalente do que as tentativas, estando em 9,2% da população em, pelo menos, algum momento ao longo da vida, em contraste com as tentativas, que alcançam 2,7% da população mundial. As tentativas de suicídio são, entre 10 e 20 vezes mais frequentes do que o próprio desfecho fatal, segundo Rocha e colaboradores (2020). Estes autores apontam que, para que intervenções tenham sucesso, o conhecimento de fatores prévios é essencial. A relação entre a ideação e tentativas, é condição que merece especial atenção, uma vez que é apontada, por Kantorski e colaboradores (2021), como fator fortemente associado ao suicídio.

Outras condições complementam a etiologia do comportamento suicida, de uma forma geral, sendo algumas conhecidas e consolidadas e outras ainda requerendo mais estudos. Em países cuja renda é mais alta, por exemplo, homens morrem três vezes mais que mulheres, por essa causa. Em países de baixa e média renda, essa relação se reduz pela metade (KANTORSKI *et al.*, 2021). Porém, a maioria dos suicídios, cerca de 78%, ocorrem em países de baixa e média renda (ZAKHOUR *et al.*, 2021). Nos Estados Unidos, o evento afeta desproporcionalmente indivíduos de baixa renda, demonstrando que se trata de uma condição importante para a explicação do suicídio (MORGAN *et al.*, 2021). Sua incidência é maior em homens, porém as mulheres apresentam maior ideação, visto que a frequência é muito mais elevada neste grupo, como revelaram pesquisas nas Américas, em países africanos, asiáticos e da Oceania (CAMPISI

et al., 2020; BENBENISHTY *et al.*, 2018; PONTES *et al.*, 2020, OWUSU *et al.*, 2020; NYUNDO *et al.*, 2020; UDDIN *et al.*, 2019; RESKO *et al.*, 2018; WEI *et al.*, 2018; XIAO *et al.*, 2019; PATEL; GONSALVES, 2019; MAY *et al.*, 2018). Nos Estados Unidos, o risco de ideação suicida foi três vezes maior em mulheres (MAY *et al.*, 2018), demonstrando que as questões relacionadas ao gênero são fundamentais para a compreensão do fenômeno suicida.

O dia 10 de setembro é conhecido, mundialmente, como o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio. No Brasil, o mês de setembro é reservado, no cronograma do Sistema Único de Saúde (SUS), para a intensificação de campanhas de conscientização e de disseminação de informação à população, com direcionamento aos mecanismos de enfrentamento e sua rede assistencial, intitulado “Setembro Amarelo”. A OMS aponta que 90% dos casos de suicídio poderiam ser evitados, evidenciando a importância dos investimentos nessa direção. Para tal, conhecer os fatores que estão na gênese do problema é um desafio necessário. Fatores como depressão e outros transtornos mentais, vigentes e pregressos, como o transtorno bipolar; abuso de substâncias, como as drogas, entre outras situações, como o desemprego, sensações de vergonha e desilusões amorosas, são listadas como predisponentes ao suicídio (SESAB, 2020a).

Muitos estudos têm sido conduzidos para identificar os fatores associados a esse evento. Sabe-se que a ideação suicida e as tentativas são importantes condições determinantes para o suicídio. As mulheres apresentam probabilidades mais altas em idear o suicídio, enquanto os homens são mais efetivos em o executar. Os fatores de risco para o suicídio podem ser de natureza aguda (de curto prazo) ou crônica (de médio/longo prazo). Dentre as condições crônicas estão a doença mental, a ideação suicida, tentativas anteriores, desesperança, alexitimia, desregulação emocional, história pregressa de violência na infância, falta de pertencimento, uso de substâncias, impulsividade, perfeccionismo, sobrecarga percebida, baixa autoestima, autodepreciação e ausência de apoio social. Esta última condição merece destaque, uma vez que demonstra um caminho possível para a redução dos casos (CHU *et al.*, 2020; LAPIDOS *et al.*, 2019; ASLAN *et al.*, 2019; QUIÑONE *et al.*, 2019; GAWEDA *et al.*, 2020; HOM *et al.*, 2019; PAUL, 2018; HADZIC *et al.*, 2020; BLOCH-ELKOUBY *et al.*, 2020; WETHERALL *et al.*, 2018).

O consumo excessivo de álcool também tem sido associado ao suicídio; porém, é preciso entender as dimensões do hábito, pois quando realizado de forma recreativa e socializada, pode representar proteção, mas quando o consumo se dá em função de dependência (alcoolismo, alcoolismo solitário), as consequências podem incluir comportamentos

destrutivos, a perda do emprego, conflitos no lar e no trabalho, violência, isolamento e outras comorbidades, sendo este conjunto precursor da ideação suicida (ZAKHOUR *et al.*, 2021).

Com relação aos riscos de natureza aguda, destacam-se os distúrbios do sono, ausência de interesse e concentração, irritabilidade, anedonia, isolamento e ansiedade em níveis elevados. Este último, apesar de não ser considerado diretamente associado às tentativas de suicídio, é um fator que necessita de atenção especial, uma vez que as estratégias psíquicas que visam evitar o pensamento suicida, por pessoas em crise ansiosa, levam o indivíduo à incapacidade funcional e esta, sim, aumenta a vulnerabilidade ao suicídio. Em todos os níveis, a condição mais prevalente em indivíduos sob risco de suicídio, é a depressão, sendo esta psicopatologia, importante mediadora da transição da ideação suicida para as tentativas (ZAKHOUR *et al.*, 2021).

Apesar dos inúmeros estudos que evidenciam todas estas características, como de alguma forma, associadas ao contexto suicida, é preciso pontuar que a natureza destas relações pode não significar necessariamente uma relação causal. Evidentemente, vê-se as psicopatologias, uso de substâncias, dentre outros comportamentos, sendo privilegiados nos esquemas explicativos deste fenômeno, o que fortalece o discurso biomédico e farmacológico na abordagem para o contexto suicida, o que seria um equívoco do ponto de vista epistemológico. É necessário repensar modelos tradicionais incorporando viés crítico de que uma cadeia causal envolve inúmeros outros fatores, nem sempre quantificáveis. A exemplo, a depressão, tão associada a ideação suicida, é parte do processo de adoecimento e não a causa principal dele.

Apesar do suicídio, em geral, ter impactos significativos nas sociedades, envolvendo perdas econômicas, sociais e psicológicas e elevados custos para os sistemas de proteção social e de saúde, esses impactos têm sido mais expressivos na faixa etária entre 15 a 44 anos. Este problema está entre as três causas mais relevantes no grupo economicamente ativo (ROCHA *et al.*, 2020). Apesar das taxas de suicídio serem altas entre os desempregados, os números totais de suicídio na população trabalhadora são, mais altos e com importantes diferenças de sexo, conforme identificado em estudo durante a crise de 2007 na Austrália (MILNER *et. al.*, 2014). As condições psicossociais e de organização do trabalho representam fatores potentes na explicação do suicídio, com efeitos deletérios à saúde expressivos e que, quando combinados, produzem situações de múltiplas exposições, intensificando os efeitos na ideação suicida. Questões como assédio moral, bullying no local de trabalho, estresse, alta demanda, baixo controle, a combinação destes dois últimos, o desequilíbrio entre os esforços e as recompensas

recebidas, a insegurança, o conflito de papéis e o baixo nível de suporte, ou apoio social no trabalho, têm sido identificados como importantes preditores da ideação suicida associada ao trabalho (NIEDHAMMER *et al.*, 2020).

Os mesmos autores afirmam que existem diferenças de intensidade nos ideadores suicidas nos diferentes tipos de trabalho e que, apesar da vasta literatura que aborda as questões psicossociais do trabalho, pouco se tem publicado sobre as diferenças entre as categorias profissionais. No entanto, estudos com categorias específicas de trabalhadores têm sido conduzidos. Pereira e colaboradores (2020) apontam que o trabalho policial tem características que potencializam o suicídio, estando entre as principais causas de morte nesta categoria, ultrapassando até mesmo as mortes associadas aos conflitos armados enfrentados no cotidiano de trabalho, no Brasil. As taxas de suicídio nesta categoria podem alcançar níveis sete vezes maiores do que na população geral. O estresse organizacional, traumas por incidentes críticos e que envolvem violência, lidar diretamente com a morte, trabalho por turnos, distúrbios do sono, conflitos sociais, uso de álcool e outras substâncias, bem como depressão e transtorno maníaco-depressivo, estavam associados a esse desfecho (PEREIRA *et al.*, 2020).

O risco do suicídio, bem como de outros agravos, como os acidentes de trabalho, e vários outros problemas de ordem comportamental, podem apresentar a mesma gênese: fatores relacionados à organização do trabalho. Os modelos de produção obliteram o trabalhador intelectualmente e suprime suas capacidades e valências, o moldando às exigências produtivas, sempre voltadas à obtenção de lucro para o seu empregador. A busca incessante pela condição material e existencial deste sistema, transforma a pessoa em meio, para um fim, quando deveria ser fim em si mesma. Neste processo de altas exigências, o corpo padece, não respeitando os preceitos do capital, que exige reposição de sua “engrenagem” e perpetua a dinâmica adoecedora.

Portanto, compreender a complexidade da crise suicida exige o entendimento de circunstâncias diversas e que extrapolam o âmbito apenas individual. Ou seja, apesar da subjetividade implicar na conformação de caráter único a um indivíduo, estruturado por vivências individuais, experiências de prazer e sofrimento no trabalho (SARTORI; SOUZA, 2018), é importante destacar a dimensão social e coletiva de produção de eventos relacionados à saúde mental. Processos que envolvem saúde-doença envolvem dimensões relativas ao sujeito e a sociedade. São, assim fenômenos de natureza complexa e multicausais. A sua compreensão, portanto, envolve análise multidimensional.

As mudanças sociais, tecnológicas e de autocompreensão individual e social, têm sido cada vez mais dinâmicas. Há alguns anos, o evento era associado às condições presentes na população mais idosa, como desesperança, sentimento de inutilidade ou de sobrecarga à família, revelado nas altas taxas de suicídio nesta população. Embora essa situação persista, o fenômeno tem ganhado relevância em outras faixas etárias, com novos impactos para o contexto sociofamiliar. A psicologia moderna aponta a abordagem biopsicossocial como essencial para a melhor compreensão desta problemática (GONZALES *et al.*, 2019; CAMPISI *et al.*, 2020).

O suicídio de pessoas jovens é uma emergência psiquiátrica e de saúde pública, pois representa a segunda principal causa de morte neste grupo, representando um terço dos suicídios em todo o mundo (KINDAYA; DEMOZE, 2020; CAMPISI *et al.*, 2020). Baquero e colaboradores (2017) destacam, em concordância com a OMS, que outros transtornos são muito prevalentes nesse grupo de pessoas e que podem explicar o comportamento suicida, como transtornos de comportamento, ansiedade, depressão, consumo de substâncias, violência infligida, sofrida e auto executada, bem como transtornos alimentares. Estes últimos ganham importante notoriedade neste grupo, uma vez que diversos fatores exercem influência em sua ocorrência. A comercialização do corpo, fomentada por múltiplas mídias e inseridas de forma intensa na vida destes jovens, principalmente com o advento das redes sociais, têm interferido nos hábitos de vida destas pessoas, a ponto de, na busca do corpo dito perfeito, gerar compulsão desenhandando uma matriz de problemas psicopatológicos (BAQUERO *et al.*, 2017).

Diante deste dinâmico e complexo fenômeno, emerge a necessidade de ações ao seu enfrentamento. Dentre os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), metas foram estabelecidas, entre elas a redução da mortalidade, que colocou o suicídio em posição de destaque (ONU, 2015). Até 2030, os países membros da OMS devem reduzir essas taxas em um terço. Porém, apenas 3% destes países atingirão essa marca, caso as progressões atuais se mantenham (PEREIRA *et al.*, 2020; PATEL; GONSALVES, 2019).

O desenvolvimento de ferramentas e planos que atuem, desde a promoção da saúde, como campanhas de educação e orientação sobre o problema, até abordagens secundárias, como melhoria dos instrumentos de triagem e rastreio, bem como estruturas de acolhimento e acompanhamento das pessoas em situação de risco, pode representar o suporte social necessário para que se atinja as metas estabelecidas para a redução dos casos de suicídio. Os instrumentos de conexão virtual, materializados nas redes sociais, pode ser um importante fator contribuinte para este processo, desde que sua lógica funcional seja adaptada para isso. O SUS, no Brasil,

dispõe da Rede de Atenção Psicossocial, com unidades de atendimento em diferentes esferas e que realizam um trabalho importante neste enfrentamento.

São inúmeros os desafios para uma melhor compreensão do fenômeno suicida e a construção de boas estratégias para o seu enfrentamento. É preciso levar em consideração a natureza complexa deste fenômeno que, por ser uma construção de processos psicológicos, afetivos, cognitivos, comportamentais e, principalmente, sociais, permeados por uma historicidade, compõem um construto que exige esforços transversais para desmistificá-lo. Os desafios aqui postos, então, passam pela determinação da etiologia do problema, tanto em função de fatores mais proximais, quanto direcionados ao entendimento da determinação sociohistórica do processo saúde-doença. A proposição de modelos explicativos ganha papel importante, mas podendo ser questionado uma vez que não contemplará toda a complexidade de um fenômeno como o suicídio. Apesar disso, modelos adequados podem gerar ações eficazes, reduzindo o número de pessoas que sofrerão por causas evitáveis e a cadeia do processo que leva o indivíduo ao autoextermínio poderá ser rompida.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a frequência de suicídio no Brasil e de ideação suicida em população urbana de um município de grande porte do nordeste brasileiro, avaliando seus fatores determinantes com foco nos perfis de trabalho, gênero, idade.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Descrever a frequência de suicídios no Brasil a partir dos dados notificados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), com ênfase nas suas características sócio-ocupacionais e de sua distribuição por municípios no Brasil.

Analizar a ocorrência da ideação suicida na população geral de município de grande porte brasileiro, a partir de um ordenamento por proximidade à IS, de seus fatores associados.

Estimar a frequência da ideação suicida em população urbana de município de grande porte brasileiro, e avaliar os fatores associados à sua ocorrência em diferentes fases da vida.

Analizar os fatores determinantes da ideação suicida em trabalhadores(as), avaliando os efeitos diretos e indiretos de seus indicadores, tendo como exposição principal a insatisfação global, construto latente composta pelas insatisfações com: a capacidade para o trabalho, as relações pessoais, consigo mesmo, com a qualidade de vida e com a saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 CONTEXTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA IDEAÇÃO SUICIDA

O que condiciona o indivíduo a um desfecho tão trágico, quanto dar fim à própria vida? Evidentemente, não há apenas uma resposta para esta pergunta, da mesma forma que não há como identificar apenas uma característica que seja considerada o gatilho para tal desfecho e que isso se repita em todos os casos. O suicídio é um destes fenômenos, extremamente complexo e igualmente trágico. Seus números revelam a urgência em discutir e explorar, sob a luz da ciência, sua real magnitude e seus mecanismos de produção de modo a orientar avanços no conhecimento que se desdobre em ações de enfrentamento.

A taxa de suicídio no mundo é de 9,0 em cada 100 mil habitantes. Por ano, morrem, aproximadamente, 800 mil pessoas, ou seja, a cada 40 segundos alguém comete suicídio (WHO, 2021; PEREIRA *et al.*, 2020). É a quarta causa de morte em adultos jovens, entre 15 e 29 anos, segundo dados do *Suicide worldwide in 2019* (WHO, 2021) e considerado uma das quinze principais causas de morte em todo o planeta, alcançando 1,4% de todos os óbitos, em 2017. Nos Estados Unidos, a taxa de suicídio aumentou em 35%, entre 1999 e 2018, e é a décima causa de morte no país (ZAKHOUR *et al.*, 2021). A maior taxa de suicídio do mundo, pertencia à Coréia do Sul, durante uma série histórica de 10 anos, com taxas aproximadas à 32,1 suicídios a cada 100 mil indivíduos, com especial acréscimo na população adulta, entre 45 e 54 anos (PARK, 2019). Atualmente, Lesoto, na África, ocupa esta posição, com 87,5 suicídios à cada 100 mil habitantes. A Coréia do Sul passou a ocupar a décima segunda posição neste ranking (21,2/100.000), atualizado pela OMS em 2019. O continente africano é o que apresenta a maior taxa padronizada de casos, com 11,2 por 100 mil, seguido da Europa (10,5), Sudeste Asiático (10,2), Américas (9,0) e Pacífico Ocidental (7,2) (WHO, 2021). Havia uma proeminência de casos em países de alta renda, porém esses números, atualmente, não se concretizam, uma vez que, 78% ocorrem em países de baixa e média renda (ZAKHOUR *et al.*, 2021). A visibilidade do suicídio em países de renda mais elevada, poderia estar alicerçada em seus sistemas mais eficientes de notificação dos casos, além disso, o contraste social, entre os mais ricos e os mais pobres, nestes países, podem condicionar os sofrimentos e, por conseguinte, o contexto do suicídio na população mais pobre, conforme indicam Morgan e colaboradores (2021).

Em pesquisa com a população geral norte americana, estes autores indicam que políticas econômicas inclusivas podem mitigar os casos. Políticas de distribuição de renda,

como o programa Bolsa Família, evidenciaram importante papel na redução do suicídio no Brasil, como apontaram Alves e colaboradores (2019) em um estudo pioneiro, com dados provenientes de uma coorte de 100 milhões de pessoas. O Brasil apresenta números destacados neste cenário, em que ocupava a oitava posição no ranking mundial em números absolutos de suicídios. Em Santa Catarina, registra-se sete casos a cada 100 mil pessoas (PEREIRA *et al.*, 2020). Atualmente, o Brasil figura na posição 124 em taxa de suicídios no mundo (6,4 a cada 100 mil habitantes), com 14.540 casos em 2019 (WHO, 2021).

Reducir estes números se tornou meta para os Estados-membros da OMS, através do Plano de Ação de Saúde Mental (2013-2020), que visava reduzir a taxa de suicídio em 10%, até 2020 (o que não ocorreu), porém dando ao suicídio o status de alta prioridade para a agenda de saúde pública mundial (PEREIRA *et al.*, 2020).

Para tal, torna-se imprescindível o aprofundamento no entendimento deste fenômeno carregado de estigmas e desafios. Identificar os fatores que levam o indivíduo ao suicídio para estabelecer medidas que evitem o desfecho trágico, entender suas relações e propor estratégias, tem sido o desafio de diversos cientistas de campos diferentes do conhecimento. Apesar de ser, historicamente, mais prevalente em idosos, recentemente, esses números ganharam destaque na população jovem adulta de todo o mundo. Na Coréia do Sul, o suicídio aumentou exponencialmente em adultos, conforme estudo de Park (2019). Pode-se atribuir a este aumento a introdução recente das políticas neoliberais expressadas nas relações produtivas: as condições adversas de trabalho, a sobrecarga, os assédios, os tipos de profissão, a confusão de papéis e o desemprego.

Em estudo de Neves e colaboradores (2020), sobre a determinação social do processo saúde-adoecimento mental em trabalhadores rurais, os autores sinalizam que a organização do trabalho e seus processos produtivos reestruturados e modernizados em função da acumulação global, incidem sobre os modos de viver e produzir a vida destes trabalhadores, tornando-os mais vulneráveis ao adoecimento (NEVES *et al.*, 2020). Estes autores indicam que o cerceamento da autonomia frente a estes processos precarizam as relações da vida, lhes expropriam os fatores protetivos e os condicionam ao medo e as incertezas de uma reestruturação de trabalho que atende prioritariamente ao capital agroindustrial, gerando efeitos deletérios à saúde mental.

Os efeitos psicológicos resultantes de uma vida marcada pela tensão, risco de morte, risco de perder a terra, não ter onde plantar, pescar ou coletar para garantir a própria subsistência, ter que ir a lugares estranhos vender a força de trabalho em troca da sobrevivência biológica, entre outros

efeitos, produz um empobrecimento das experiências de vida, uma redução nas potencialidades dos sujeitos expropriados da liberdade de projetar e ter controle sobre a própria existência (NEVES *et al.*, 2020, pág. 243).

Além das condições presentes no mundo do trabalho, condições familiares, sociais, história pregressa do indivíduo, vitimização em episódios de violência e psicopatologias também podem influenciar no desfecho mais trágico, como em desfechos intermediários que devem ser situados para a compreensão mais global do comportamento suicida. Este comportamento engloba, além de outros fatores, tentativas anteriores de suicídio, planos e a ideação suicida, todos muito mais comuns do que o próprio desfecho fatal. Há 25 milhões de tentativas de suicídio e 140 milhões de relatos de pensamentos suicidas, a cada ano, nos Estados Unidos (BAQUERO *et al.*, 2017). Quando se compara as tentativas à ideia de suicídio, ao longo da vida, em vários países, evidencia-se uma diferença considerável. O primeiro tem prevalência de 2,7% e o segundo, 9,2%, indicando que, algumas condições, ainda veladas, evitam a evolução da ideação para as tentativas (DENNESON *et al.*, 2020). Estes números, ao passo em que chamam a atenção, demonstram também que há uma sequência de eventos que condiciona o risco aumentado para o suicídio.

Outro fator importante, trata da distribuição espacial dos casos de suicídio que podem contribuir no entendimento dos processos que evoluem até esse desfecho. Neves (2021), em seu estudo, aponta para uma perspectiva de “contágio”, ou imitação dos casos de suicídio, em alguns municípios brasileiros, como efeito da integração social que define conglomerados espaciais de risco¹. Ele verificou que, condições socioeconômicas comuns, aspectos de religiosidade, morar sozinho e não ser natural do local de residência, foram indicadores correlacionados nos estudos revisados por este autor. Tal achado pode direcionar ações que permitam melhorar o rastreio dos eventos estressores mais proximais ao desfecho, estabelecendo novas formas e instrumentos para o enfrentamento do contexto suicida.

Identificar os fatores que estão associados aos casos e, igualmente, identificar os fatores que contribuíram para os casos remissivos (sua grande maioria), é um desafio que requer esforços de diversas naturezas, afinal este é um fenômeno de ordem muito singular e que, potencialmente, é gerador de muitos estigmas ao indivíduo que, ao reconhecer publicamente condição característica do comportamento suicida, assume suas repercussões sociais, familiares e no trabalho.

¹ Em teoria, agregação espacial pode decorrer de dois mecanismos: “contágio” (dependência) ou “heterogeneidade”, isto é, compartilhamento de fatores contextuais de risco ou confundimento espacial.

3.2 CONCEITOS NECESSÁRIOS À COMPREENSÃO DAS DIMENSÕES DO COMPORTAMENTO SUICIDA

Alguns termos comuns, mas que causam alguma confusão, são necessários de serem conceituados, para apresentar o contexto do suicídio, em sua magnitude. Entendê-los e posicioná-los é importante para que modelos teóricos e explicativos possam ser bem estabelecidos. O suicídio, historicamente, foi associado à uma condição patológica humana ou como resultado de doenças, principalmente psicopatologias, como depressão, transtorno de ansiedade, transtorno bipolar, do humor e esquizofrenia, entre outros. Expressões como “fruto da loucura ou da insanidade”, também foram utilizados (e ainda são), lhe atribuindo estigmas sociais que contribuem para sua invisibilidade. O suicídio não deve ser compreendido apenas sob o ponto de vista biomédico clássico. Se faz necessário ampliar a concepção do suicídio para além desse modelo tradicional e entendê-lo como uma experiência humana, como um processo comportamental e que, como tal, é determinado não só por patologias, mas todo um complexo sistema que envolve diversos determinantes sociais, biológicos, culturais e históricos (WETHERALL *et al.*, 2018). Em termos técnicos, o suicídio é a morte auto infligida e consciente, ou seja, é resultado de uma ação pessoal e com a expectativa de um resultado fatal (PEREIRA; MADRUGA; KAWAHALA, 2020).

Porém, esse evento fatal é precedido de etapas que, na maioria das vezes, podem ser conhecidas. Essas etapas, mais proximais e que caracterizam a intenção da própria morte, é conceituado como comportamento suicida, objeto complexo e que apresenta inúmeras variações entre os mais diversos casos (KNIPE *et al.*, 2019). O comportamento suicida é composto, além do próprio suicídio, por tentativas de suicídio, planos suicidas, pela ideação suicida, objeto deste estudo, e por outras condições que, agregadas, materializam o desejo de se matar, conforme será aqui apresentado.

O'Connor e Kirtley (2018) apresentam um modelo para os processos que culminam no contexto ou comportamento suicida, dividido em três fases: a fase pré-motivacional, que reúne um ambiente propício caracterizado pela presença de eventos estressores e, a pré-disposição individual, caracterizada como vulnerabilidade de personalidade (diátese), ser altamente perfeccionista nas relações sociais, ou ter privação de renda; a segunda fase, a motivacional, em que se forma a ideação, reúne aspectos psicológicos que repercutem em sentimentos de derrota e humilhação, no aprisionamento e, por conseguinte a ideação ou intenção suicida, a partir da ruminação de pensamentos, inabilidade social, pertencimento

frustrado e ausência de apoio social; e, por fim, este modelo evolui para a fase volitiva, ou de comportamento, em que os acessos aos meios, a impulsividade, o destemor da morte, a experiência anterior de suicídios entre entes próximos, além de tentativas anteriores, evoluem para novas tentativas (O'CONNOR; KIRTLEY, 2018) (Anexo A).

A ideação suicida, então, é um precursor, identificado na literatura, para o suicídio e, por isso, usado, com frequência, para identificar as situações de risco e estabelecer estratégias de enfrentamento (DENNESON *et al.*, 2020). A ideação suicida é um construto dinâmico, envolvendo fatores que podem ter uma base comum ou que podem variar de indivíduo a indivíduo. Incluem desejo da morte, variando sua intensidade, transitando entre a desesperança e o pouco sentido da vida, à delírios e planos concretos de morte (BAQUERO *et al.*, 2017). Segundo Denneson e colaboradores (2020), a ideação suicida é definida pelo pensar, considerar ou planejar a violência autodirigida com a finalidade da própria morte. Em geral, decorrem de “uma batalha angustiante” que, muitas vezes, é experimentada como algo inteiramente privado, individual, mas que, de fato, tem sido vivida, veladamente, por muitos.

A ideação suicida, em sua natureza, pode ser classificada como crônica, flutuante e não linear. Crônica, em função do tempo em que o indivíduo rumina tais pensamentos; flutuante e não linear, pois pode variar sua escala de gravidade de acordo com algumas características, como autoavaliações depreciativas (DENNESON *et al.*, 2020). Bryan e colaboradores (2019) sinalizam que a inconstância e variabilidade da intensidade da ideação suicida, em um determinado período de tempo, pode ser fator estressor importante na tentativa de suicídio, demonstrando flutuação e, talvez, alguma imprevisibilidade.

Diante da diversidade de circunstâncias, algumas concretas e outras transitando mais fortemente no universo subjetivo dos sujeitos, se faz necessário explorar, com olhar ampliado, os contextos e os fatores que contribuem para o comportamento suicida. Esta imersão precisa derivar reflexões que ultrapassem o modelo clínico-epidemiológico tradicional e considerar a determinação social dos eventos, especialmente os modelos de produção da vida que adoecem a sociedade, a ponto de os indivíduos considerarem a morte como escape ou alívio de suas angústias e aflições.

3.3 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA IDEAÇÃO SUICIDA

Os fatores associados à ideação suicida são discutidos na literatura científica. Apesar da consistência, fruto da repetição de pesquisas e revisões a respeito, serem importantes para

consolidação de fatores etiológicos do fenômeno, descortinar suas relações e situar tais condições num contexto histórico e social mais amplo, ainda é tarefa árdua. Para tanto, se faz necessário entender o processo saúde-doença não apenas com base em normatizações centradas em aspectos biológicos e fisiológicos, portanto individuais, mas sim, inclui refletir esses eventos com base num contexto de produção coletiva.

Neves (2021) situa que, para a melhor compreensão do fenômeno ‘suicídio’, sob a perspectiva positivista de modelos explicativos que abstraiam tanto aspectos gerais, quanto especificidades de grupos distintos no espaço e no tempo, se faz necessário flexionar os fatores identificados em um contexto de determinação sócio-histórica, imprimindo a estes uma integração dialética, em que pese aspectos culturais, biológicos, psicológicos e ambientais. Para tal, a Epidemiologia Crítica, substanciada pelo Materialismo Histórico-Dialético, desponta como abordagem essencial para desvelar as relações latentes presentes nos consolidados ‘fatores de risco’ da Epidemiologia Clássica Positivista.

Neste contexto, eclodem as manifestações sociais diversas, sejam doenças do corpo físico/psicológico, sejam fenômenos econômicos, ecológicos, culturais e do relacionamento humano. O comportamento suicida é, então, resultado de circunstâncias que transitam em todos estes campos e que sofre mutações no espaço e no tempo, e que são socialmente determinados. Conhecer esses fatores é tarefa essencial para a ampliação do escopo de conhecimento que o campo da Saúde Coletiva precisa desenvolver para o estabelecimento de estratégias que visem enfrentar tal problemática, desde fatores clínicos e de saúde individual, à fatores demográficos, sociais, ocupacionais e de hábitos de vida.

Para tal, nos itens que seguem, serão apresentados, de acordo com os achados na literatura científica atual, capítulos compartmentados em categorias analíticas, que estruturam relevante esforço para a construção do conhecimento sobre essa enigmática, complexa e trágica experiência humana.

3.3.1 Estado da arte: caracterização da produção identificada na revisão da literatura

A construção dos itens que seguem (3.3.2 a 3.3.7) foi feita com base em Revisão Sistemática da Literatura (registrada no PROSPERO, sob número CRD42022328542), que identificou e sintetizou os resultados de estudos diversos que abordaram a ideação suicida, enquanto desfecho de interesse. O objetivo principal desta revisão foi determinar os limites do conhecimento atual sobre a ideação suicida, a partir de seus fatores associados com foco no

trabalho, no gênero e na idade, estruturando a possibilidade de novos avanços no conhecimento de sua natureza. Apesar da ênfase em estudos epidemiológicos e na relação das variáveis estudadas, a revisão incluiu outros tipos de estudo, pois tem em seu escopo, ampliar, ao máximo, as possibilidades de discussão, para assim, subsidiar a proposição de novos modelos teóricos-explicativos para a ideação suicida e, a partir de estudos empíricos, poderem ser testados e analisados. Portanto, esta é uma revisão de abordagem, essencialmente, qualitativa (SOUZA *et al.*, 2010).

Para a garantia de confiabilidade dos resultados alcançados, foram cumpridas rigorosas etapas metodológicas, incorporadas da plataforma PRISMA para revisões sistemáticas e metanálises: (1) norteamento pela pergunta de investigação: “Quais os fatores e conjuntos de fatores estão associados à ideação suicida?”; (2) descrição da estratégia de busca na literatura, através de critérios de inclusão e exclusão, que serão apresentados, para a recuperação do material do estudo; (3) estruturação dos estudos selecionados em instrumento de organização e sumarização dos resultados destes, formando um banco de dados estruturado; (4) análise e interpretação dos resultados; e (5) síntese do conhecimento em categorias analíticas que emergiram, a partir daquilo que mais prevaleceu nos estudos e que serão apresentadas, ainda neste item (MENDES *et al.*, 2008).

O descritor utilizado para a busca foi ‘Ideação Suicida’ (pesquisa ampla do tema de pesquisa) e sua tradução para o inglês (‘*Suicidal Ideation*’), com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). As buscas foram feitas nas seguintes bases de dados: Science Direct, Pubmed, Scielo, Cochrane e BVS (plataforma que incluiu Medline, Lilacs, IBECS, Index Psicologia – Periódicos e Teses, BDENF – Enfermagem, CUMED, LIPECS, Coleciona SUS, PAHO-IRIS, CVSP – Brasil, LIS, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo). A partir dos resultados das buscas, foram aplicados filtros para especificação e redução do amplo material identificado, determinando os critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão). Foram incluídos estudos dos últimos 5 anos (2017 a 2021) e excluídas as revisões narrativas, erratas, teses e dissertações.

Devido a amplitude quantitativa do material restante, foram ordenadas as publicações mais relevantes², sendo avaliadas as cem primeiras publicações de cada base de dados por meio da triagem humana, para a verificação da centralidade do objeto requerido e exclusão daquilo

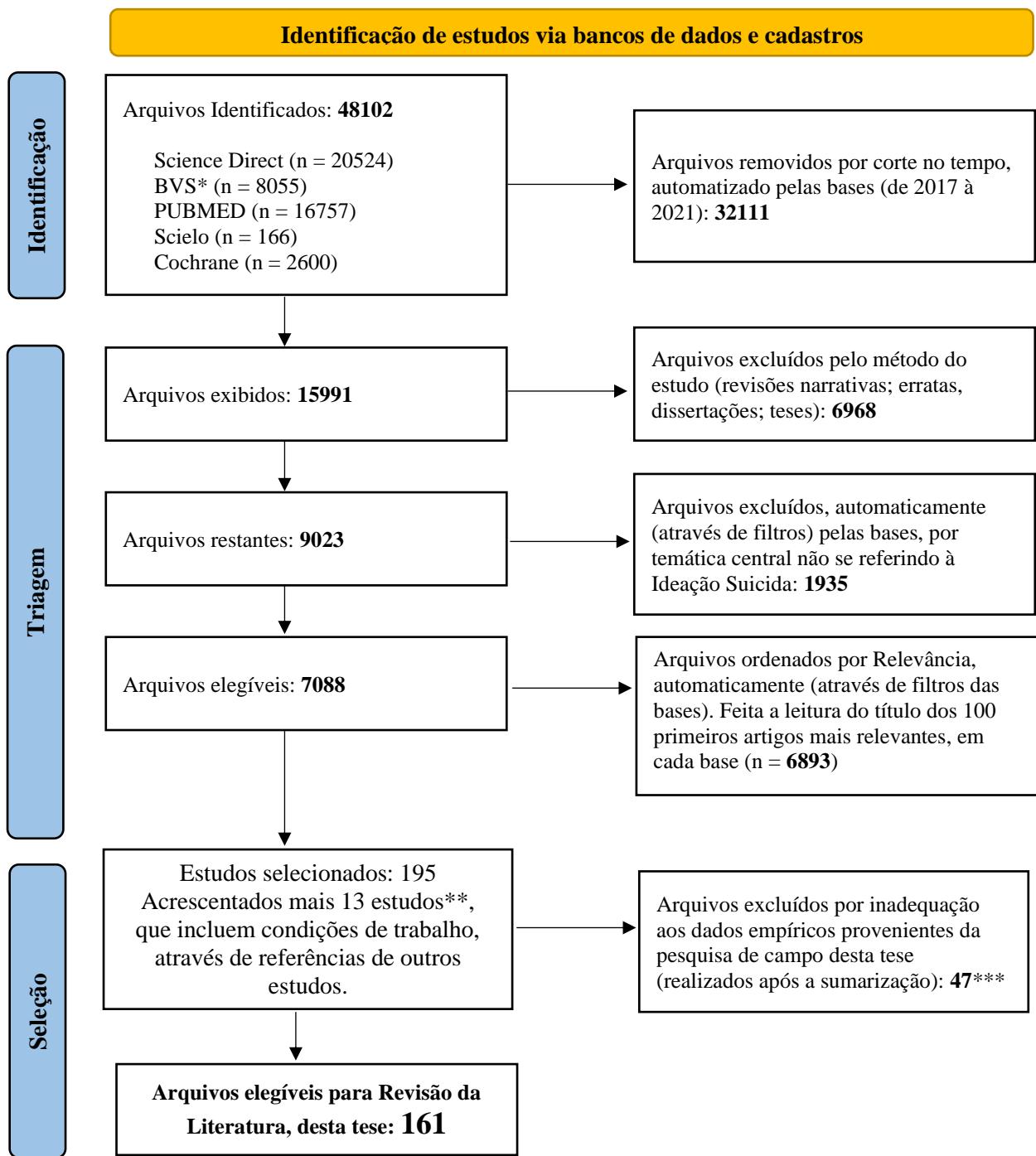
² A relevância das publicações foi ordenada através do filtro apresentado pela base de dados. Apesar de implicar em possível viés de seleção e publicação, a consistência dos achados e a quantidade do material utilizado na Revisão, dirimiu os possíveis erros de interpretação. Esta Revisão não esgota a complexidade que exige a temática, mas é um esforço considerável para desmistificá-la.

que não se enquadrou ao interesse da pesquisa. Ao final, após análise do material elencado para o estudo, uma nova busca foi realizada para incorporar a dimensão da ideação suicida no ambiente de trabalho, ou proveniente dele. Para tal, os termos ‘*Work*’ e ‘*Work Conditions*’ foram utilizados, associados ao desfecho de interesse. Como foram escassos os resultados da pesquisa com este construtor, o termo ‘ideação suicida’ foi substituído por ‘suicídio’ e sua tradução, também indexados ao DeCS. Este processo foi necessário, uma vez que a ideação suicida é fenômeno dificilmente assumido no ambiente de trabalho, conforme será melhor explicado, a posteriori.

Esta estratégia final, se deu por: (1) considerar a dimensão do trabalho, como central para a explicação da ideação suicida, devido à concepção de que os modos de produção estão no cerne do problema; (2) o rastreio de ideação suicida no trabalho ser dificultado, uma vez que habitualmente há o não reconhecimento do agravo, por medo de represálias a serem sofridas pelos trabalhadores e seus estigmas associados, discutidas aqui, a posteriori; e, (3) a liberdade metodológica, pautada na intenção ampla da compreensão global do fenômeno.

A seguir será apresentado o fluxograma da elegibilidade do material do estudo (Figura 2).

Figura 2 – Fluxograma de elegibilidade do material do estudo, baseada no protocolo PRISMA



Fonte: autoria própria

*BVS apresentou resultados nas seguintes bases: MEDLINE, LILACS, IBECS, Index Psicologia – Periódicos e Teses, BDENF – Enfermagem, CUMED, LIPECS, Coleciona SUS, PAHO-IRIS, CVSP – Brasil, LIS, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

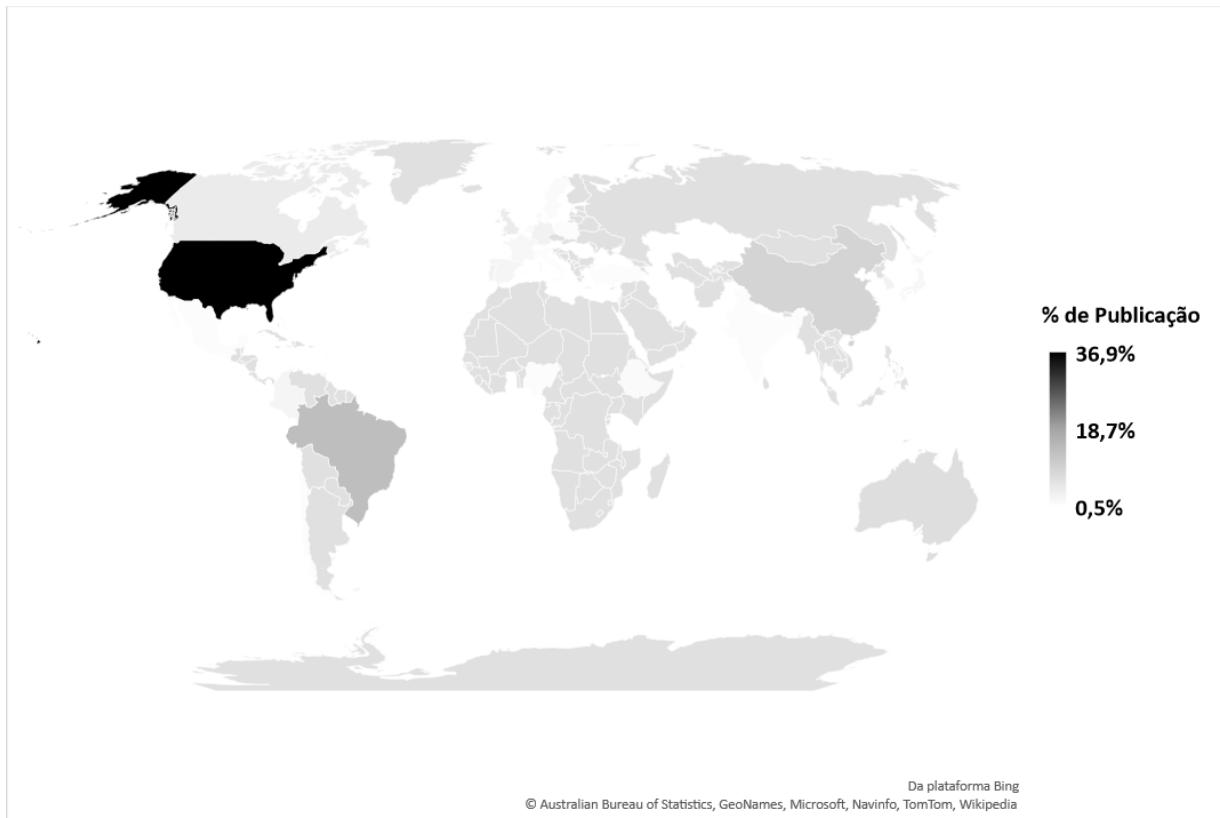
**Por considerar a dimensão “Trabalho” importante na avaliação da determinação social da Ideação Suicida, foi necessário ampliar a pesquisa, pelas referências dos estudos identificados na primeira seleção, que compreende tal dimensão, dentro do recorte temporal proposto.

***O primeiro momento da revisão da literatura teve caráter exploratório, absorvendo todo material disponível, considerado pelos autores como importante às análises. Neste segundo momento, foram escolhidas apenas os documentos que apresentavam informações relevantes e concernentes aos dados produzidos na pesquisa de campo que subsidiou esta tese.

Após seleção do material do estudo (208 publicações), procedeu-se a sua estruturação em banco de dados organizado no programa Microsoft Excel 2019, sendo extraídas informações dos artigos: título, autor, data, revista/periódico, base de busca, país, referência e link de acesso; além de informações de conteúdo: método, público estudado, com sexo (quando identificado), tamanho de amostra (quando aplicável), características associadas ao desfecho como dimensão de risco ou de proteção. A partir desta estruturação no instrumento de sumarização das informações dos artigos, foram elaboradas, inicialmente, tabelas e um mapa que demonstrou a amplitude e alcance das publicações, bem como a natureza e estatísticas do desfecho de acordo com algumas características.

O mapa (Figura 3), demonstra a amplitude alcançada pela temática, representada pela origem dos estudos, sua relevância espacial e concentração geográfica do interesse no fenômeno.

Figura 3 – Mapa do gradiente de publicações, por origem dos estudos (2017 a 2021)



Fonte: autoria própria

A maior parte das publicações (39,9%) ocorreu em 2020, seguido de 2019 (20,7%), 2018 (13,9%) e 2017 (9,1%). O ano vigente (2021), até seu mês de julho, já concentrava 16,4%

das publicações. Os resultados da busca na literatura internacional mostram amplo interesse sobre o assunto e importância para as discussões sobre saúde mental.

A maioria do material elencado foi publicado no periódico *Psychiatry Research* (10,1%), seguido do *Journal of Affective Disorders* (8,2%), *BMC Public Health* (3,4%), *Psychological medicine* (2,9%), Jornal Brasileiro de Psiquiatria (2,4%) e o restante, em mais 99 periódicos científicos de diversas nacionalidades. Como esperado, as publicações se concentraram na área da psicologia e psiquiatria, porém foram encontradas também em periódicos da área da saúde pública, ética, medicina, administração e tecnologias.

As estimativas da ideação suicida mencionadas a seguir, se referem a cálculos de médias simples, a partir das estimativas encontradas em cada estudo, seu público identificado e a quantidade de estudos. A precisão estatística, evidentemente, não deve ser apreciada, pois existem diversas possibilidades de vieses no que tange a heterogeneidade de cada público estudado, bem como a variabilidade do tamanho das populações estudadas. O objetivo deste recorte é a demonstração de uma determinada consistência destas estimativas, mesmo sendo adequadas, metodologicamente, outras formas para o tratamento destes dados. A partir deste entendimento, calculou-se a frequência média de 18,4% de indivíduos que apresentaram ideação suicida em grupos populacionais referidos como saudáveis, pelos autores (em 108 estudos epidemiológicos, cujas prevalências deste desfecho foram estimadas). Em seis estudos realizados, de base populacional (em grandes amostras), esta estimativa variou de 1,3 a 16,4%. Em países desenvolvidos, a prevalência de ideação suicida apresentou uma média de 16,9%, enquanto que em países pobres e/ou em desenvolvimento, a prevalência média é mais elevada (19,0%). Quando comparadas tais estimativas médias, por sexo, houve maior prevalência para as mulheres, 15,8% em 51 estudos e 12,4% em homens, em 39 estudos. Quando avaliada as faixas etárias, as crianças e adolescentes despontam com média de 19,5%, em trinta estudos identificados, enquanto que a população adulta apresentou uma média de ideação suicida de 14,2% (em 44 estudos) e a idosa, 12,4%, em seis pesquisas. Em dez estudos com população trabalhadora, a média foi de 9% de trabalhadores com ideação suicida registrados.

Após a estruturação que caracterizou o material do estudo, foi elaborada a análise do conteúdo das publicações, identificando os principais fatores associados e observadas as principais discussões a respeito. Foi criada uma variável, intitulada ‘Fatores Associados’ que representam noção de risco, ou seja, foi visto em todos os artigos, quais características estavam positivamente associadas à ideação suicida. Para a identificação, as características previamente identificadas foram estruturadas num *Corpus Textual* e submetida a análise no *software*

Iramuteq (RATINAUD, 2009), com o objetivo de produzir uma representação gráfica desenhada como nuvem de palavras, na qual se considera a frequência (número de vezes) com que o fator é citado: quanto maior o tamanho, maior a relevância em termos quantitativos. Apesar de ser uma análise lexical simples, possibilita rapidamente a identificação daquilo que mais prevaleceu, merecendo atenção especial. Pode, assim, configurar uma aproximação inicial, de caminhos causais a serem explorados. O resultado dessa análise está apresentado na Figura 4.

Figura 4 – Nuvem de palavras associadas a ideação suicida



Fonte: próprio autor

A partir das análises de conteúdo, elaboradas por meio da sumarização das informações mais relevantes do material publicado, emergiram as seguintes categorias de análise a serem exploradas nos itens a seguir: (a) O perfil etário da ideação suicida e seus fatores associados; (b) Gênero e a ideação suicida; (c) A variabilidade de condições socioeconômicas e da vida na ideação suicida; (d) O mundo do trabalho: um capítulo essencial no contexto suicida; e, (e) Precursors da ideação suicida: breve síntese dos diversos aspectos que favorecem a sua ocorrência. Um último item, proveniente da revisão elaborada, foi produzido com o intuito de demonstrar graficamente um modelo teórico-explicativo para o fenômeno da ideação suicida (Figura 05).

3.3.2 O perfil etário da ideação suicida e seus fatores associados

O avanço dos conhecimentos sobre os processos saúde-doença e, sobretudo, a compreensão dos fatores de risco de morbimortalidade, tem proporcionado o aumento da expectativa de vida. Com isso, observa-se o envelhecimento da população, vivenciado como um fenômeno mundial. Surgem, assim, novas conformações da pirâmide etária, mais recentemente observadas nos países de baixa e média renda. No Brasil, impactos sobre as estruturas de seguridade social repercutem, diretamente, na transição dessa pirâmide, com desdobramentos que repercutem na saúde, em especial, na saúde mental destes indivíduos (transição demográfica e epidemiológica). Estima-se que, até 2030, a população idosa alcance a marca de 42 milhões de indivíduos, quase três vezes mais do que em 2000 (IGBE, 2016).

O suicídio de idosos é um problema social e de saúde pública, global, crônico e evitável. No Brasil, até 2018, sua taxa, em idosos, alcançava 8,9 mortes a cada cem mil habitantes, sendo a média geral, nacional de 4,5, segundo dados no Ministério da Saúde, via Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul (2019). Na China, a taxa de suicídio de idosos é a mais alta, quando comparadas com todas as faixas etárias, historicamente, desde quando este registro passou a ser contabilizado e divulgado (CHENG *et al.*, 2020).

Diversos são os fatores que estão associados ao suicídio, conhecidos e, ainda a serem descortinados. No Brasil, existem diferenças regionais relacionadas a estas características e que apresentam alguma variabilidade, como: estar acima dos 70 anos de idade (homens acima dos 60 anos), além de apresentar baixa escolaridade. Há maior prevalência na região sul do país (7 a cada 100 mil, em Santa Catarina), porém com maior crescimento de suicídio na região nordeste (72,4%).

Fatores como: história pregressa de maus tratos na infância, violência sexual, desigualdades sociais atribuídas ao gênero, sobrecarga percebida, dentre outros, podem estar relacionados a maior prevalência da ideação suicida em mulheres (ZHANG *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2018). No Canadá, em estudo com pessoas que já haviam tentado suicídio, as mulheres com mais idade apresentaram maior remissão nos pensamentos e tentativas de suicídio, quando comparadas aos homens, sendo identificados fatores como melhor qualidade do sono, menores índices de depressão, ausência de histórico de violências na infância e menos tentativas anteriores de suicídio (FULLER-THOMSON *et al.*, 2019). No Chile, os homens idosos apresentam maior taxa de suicídio, em compensação, menor taxa de ideação, tentativas de suicídio e visitas aos serviços de saúde mental, do que as mulheres (ARAVENA *et al.*, 2018).

Estes dados evidenciam uma lacuna de conhecimento a ser explorada no que tange a questão relacionada ao gênero e que será melhor discutida no próximo capítulo. Porém, já demonstra que a ideação suicida tem características, aparentemente, mais vinculadas ao sexo feminino, porém sendo o suicídio mais prevalente nos homens, conformando um “paradoxo de gênero”.

Além dessas questões, diversos estudos distintos, dão relevo à depressão, enquanto principal preditor do comportamento suicida em idosos: tanto ideação, quanto plano, tentativa e o próprio suicídio. Porém vale pontuar que, não necessariamente a depressão seja sua principal causa, mas pode figurar como um importante marcador de que algo que provoca o comportamento suicida, provocou antes a depressão, dando a ela o papel de comorbidade, também associada. Em pessoas com ideação suicida, o gradiente da depressão está proporcionalmente associado às tentativas de suicídio, em estudo realizado na China (WEI *et al.*, 2018). Em estudo conduzido com viúvas nepalesas, a depressão, o transtorno de estresse pós-traumático e o luto prolongado, foram fortemente associados à ideação suicida e ao suicídio, que alcançou 16,2%, entre essas mulheres (GARRISON-DESANY *et al.*, 2020). Em pesquisas realizadas nos Estados Unidos, as emoções negativas foram associadas à depressão em idosos e em adultos acima dos 50 anos, à ideação suicida, assim como foi, também, em pessoas com Alzheimer, no Canadá, em idosos turcos e neste público, no Brasil (ARSLANOGLOU *et al.*, 2019; NG *et al.*, 2020; OWUSU *et al.*, 2020; ASLAN *et al.*, 2019; ARAVENA *et al.*, 2018).

Outras condições crônicas, de diversas naturezas, são demonstradas em muitos estudos, enquanto fator a ser considerado preditor, direto ou indireto, da ideação suicida. Idosos multimórbidos, que vivem em áreas rurais da China, com duas ou mais morbidades físicas crônicas, apresentam um risco significativo para a ideação suicida, com prevalência de 10,6%. O sofrimento psicológico, neste público, mediou a associação (JING *et al.*, 2021). Transtornos do sono também figuram como importantes sinais da ideação suicida, podendo serem moderados por idade e sexo, como indicam pesquisas no Canadá e nos EUA. A presença de Transtorno de Ansiedade Generalizada (ASLAN *et al.*, 2019) e outras psicopatologias, questões sociais, como pobreza, sentimentos de abandono e desesperança, preenchem este emaranhado de circunstâncias que se inter-relacionam e que provocam o comportamento suicida, em especial a sua ideação, neste público etário específico (SILVA *et al.*, 2018). Há a necessidade de se reificar o contexto rural, para a população idosa, principalmente, como um ambiente cercado de fatores que o tornam único para a compreensão deste fenômeno. Neves (2021) apresenta a dinâmica do agronegócio como um modelo expropriador e excludente para esta

população, em que submetidos a políticas econômicas agressivas, convivem com o fracasso financeiro, as humilhações e o medo da pobreza e da fome. Este conjunto de fatores repercutem nas relações afetivas e sociais, provocam isolamento, aprisionamento, uma sucessão de humilhações, que desencadeiam sofrimentos e doenças psíquicas diversas. Aliado a este contexto, estas pessoas são expostas cotidianamente a substâncias nocivas à saúde (os agrotóxicos), padecendo de outras morbidades físicas. Estas mesmas substâncias, de fácil acesso, tornam-se armas usadas contra si próprios, eclodindo no comportamento suicida. Tal processo causal retoma elementos do modelo proposto por O'Connor e Kirtley (2018), o motivacional volitivo integrado (IMV), que podem alicerçar estudos sobre esta população específica (Anexo A).

Evidentemente, conhecer essas relações, é um dos pontos de partida para o melhor enfrentamento da problemática, que ainda transita entre o concreto e os estigmas associados às condições mentais, principalmente em idosos. No estudo conduzido por Gutierrez, Minayo e colaboradores (2020), a relação entre o estigma de “chamar a atenção”, muitas vezes atribuídos pelos familiares e profissionais de saúde, traduz bem as dificuldades de compreensão da ideação suicida nestas pessoas, tendo o predomínio da derivação do que se estabelece no senso comum, demonstrando a fragilidade no entendimento das situações e sendo um fator, possivelmente, potencializador dos sentimentos de solidão e desesperança, nos idosos (GUTIERREZ *et al.*, 2020). Para Hartog e colaboradores (2020), na Holanda, nem sempre o desejo de morte do idoso, é realmente um desejo suicida. Há uma ambiguidade distorcida neste desejo, como explicam no exemplo de que, metade do grupo de idosos vulneráveis à ideação suicida, relatou que, naquele momento, a vida valia a pena. Seus resultados demonstraram que, para aquele idoso, sem doença grave, o desejo de morte transita nesta ambiguidade sugerida e que a prática clínica precisa ser sensível à diversidade de fatores que permeiam as condições dessas pessoas, para melhor ser adaptada a elas.

No estudo de Schmutte e colaboradores (2020), idosos que procuram emergências hospitalares por preocupações relacionadas ao suicídio, são, em sua maioria, hospitalizados e em seu histórico há alta prevalência de transtornos mentais, demonstrando que o conhecimento prévio do histórico do paciente e a identificação de fatores sabidamente associados à ideação suicida, são condições essenciais para a mitigação dos casos de suicídio. Os autores ainda citam que a melhoria da qualidade do atendimento, após o manejo dos eventos agudos, depende da incorporação e ampliação dos serviços de saúde mental oferecidos, no que tange o acompanhamento contínuo destes indivíduos. Em pesquisa realizada com mulheres que

procuraram tratamento por uso de substâncias e por trauma, na Austrália, a idade mais avançada foi associada com menores chances de apresentar tentativa de suicídio grave, demonstrando que a própria idade, pode ser um fator protetivo para o comportamento suicida (RESKO *et al.*, 2018).

Promover a inclusão, o sentido de utilidade, o apoio social, para diminuir os sentimentos de desesperança e a intensidade dos transtornos mentais, aparecem frequentemente, como fatores protetivos para a ideia de se matar, em idosos. Na China, o bem-estar é associado negativamente com a ideação suicida e, ações que caminhem neste sentido, fazem parte do escopo estrutural para o enfrentamento do problema na população idosa (CHENG *et al.*, 2020).

Entender este fenômeno, historicamente associado ao público idoso, precisa romper as fronteiras das discussões positivistas presentes nos fatores de risco e ter como referência toda uma historicidade que condiciona os processos psicológicos que determinam o fenômeno suicida. A própria reestruturação econômica na América Latina, que impactou nas políticas previdenciárias e precarizou os acessos deste público, podem compor este conjunto de questões que potencializem os construtos e processos psicológicos citados, como o aprisionamento, a solidão e o isolamento, confundindo o entendimento sobre o “desejo de morte” e potencializando a abordagem biomédica tradicional. É preciso historicizar estes eventos (psicopatologias, comportamentos, aprisionamento, isolamento, etc.), para não se correr o risco de enviesar a compreensão do fenômeno em simplificações limitadoras.

Apesar do público de faixa etária mais elevada ter uma alta prevalência da ideação, o perfil epidemiológico deste fenômeno está mudando. A população mais jovem, tanto adolescentes, quanto jovens adultos, passaram a figurar os dados globais de comportamento suicida (WHO, 2021).

O evento fatal é considerado uma emergência psiquiátrica e de saúde pública global e a segunda causa de morte entre jovens, entre 15 e 29 anos (KINDAYA; DEMOZE, 2020; DENIS-RODRÍGUEZ *et al.*, 2017). As taxas de ideação suicida em indivíduos com nível escolar, tem uma média de 19,3%, nos Estados Unidos (BENBENISHTY *et al.*, 2018). Lá, houve aumento significativo de admissões em unidades de emergência por tentativas de suicídio, entre jovens acima dos 10 anos, na ordem de 42%, entre 2001 e 2016, em especial para adolescentes, entre 12 e 17 anos. Houve aumento nas taxas de desejo de morte entre jovens canadenses, tendo maior risco aqueles com menos de 25 anos (ZWALD *et al.*, 2020; GENTIL *et al.*, 2020; SAPARA *et al.*, 2021).

Em pesquisa realizada com 1.943 jovens, no Japão, 25% relataram ideação suicida, 22,8% já haviam formulado um plano de se matar e 13,6% haviam tentado suicídio (SAKAMOTO *et al.*, 2020). Nos jovens chineses, não foi diferente, sendo que 20,8% apresentaram ideação suicida e 7,7% tentaram o suicídio (XIAO *et al.*, 2019). Em uma pesquisa de base nacional, com adolescentes, na Coréia do Sul, dos 788.411 respondentes, 16,8% apresentaram a ideia do autoextermínio e 3,9% reconheceram tentativas de tirar a própria vida. O suicídio, neste país, é uma das causas mais comuns de morte entre adolescentes e tem a maior taxa de suicídio do mundo (JEONG *et al.*, 2020; PARK, 2019).

Essa problemática, atualmente, se apresenta de forma global, em todos os continentes e países, variando sua intensidade em que se estabelecem classificações econômicas, sociais, condições climáticas ou culturais. A prevalência da ideação suicida em Uganda foi de 29%, sendo que 14,1% dos jovens tentaram o suicídio, números que aumentam na Jamaica, com média de 38,2% para a ideia e 18,3% para as tentativas (BODUSZEK *et al.*, 2021). No Brasil, esses números não distam do restante do mundo, onde 21,7%, em uma pesquisa com 3.547 jovens, apresentou ideação suicida (SCHÄFER *et al.*, 2017).

Evidentemente, características diferentes se apresentam como condicionantes para o fenômeno, variando de país para país, ao mesmo tempo que, existem similaridades e padrões para este público que caracterizam a ideia de se matar. A partir de 118 pesquisas, em 90 países, da Pesquisa Global de Saúde do Estudante com Base na Escola (GSHS), entre 2003 e 2017, há maior prevalência de ideação suicida em adolescentes do sexo feminino, em 397.299 estudantes. Ser vítima de violência, a ausência de apoio social e ter baixa renda, têm relação significativa com o desfecho, neste público (CAMPISI *et al.*, 2020).

Os dados sobre gênero se repetem em diversas outras pesquisas. Um estudo que reuniu informações de 59 países, acusam maior prevalência de ideação suicida entre as meninas de 15 a 17 anos, quando comparadas aos meninos (UDDIN *et al.*, 2019). Esses dados se repetem na China, em Uganda, na Jamaica, nos Estados Unidos e nas Ilhas Marianas do Norte, no Japão (XIAO *et al.*, 2019; BODUSZEK *et al.*, 2021; BENBENISHTY *et al.*, 2018; SAKAMOTO *et al.*, 2020).

Em pesquisa realizada com 6.151 jovens nos Estados Unidos, o desempenho neuro cognitivo e o estado puberal apontaram especificidade sexual para a ideação suicida. O comprometimento funcional mais elevado foi identificado nas meninas com ideação, enquanto que um funcionamento mais pobre, porém com melhor desempenho cognitivo, foi associado a

índices mais altos de ideação suicida nos meninos, na fase pós-púbere (BARZILAY *et al.*, 2019).

Das 163 milhões de visitas a serviços de emergência, nos Estados Unidos, entre 2017 e 2018, 2.123.614 eram por ideação suicida, automutilação ou tentativa de suicídio. De forma geral, esses números aumentaram em toda a população, alcançando 25,5%, com média de aumento de 1,2% ao mês. Houve aumento mais significativo, neste caso, em homens, quando comparados às mulheres, 27,6% e 22,7%, respectivamente. Mulheres adultas jovens, entre 20 e 39 anos, mantiveram estáveis os índices de ideação, quando comparadas às outras faixas etárias, que tiveram aumento (33,7%, de 10 a 19 anos; 17,6%, de 40 a 59 anos; e, 29%, acima dos 60). Entre os homens, houve aumento em todas as faixas de idade, sendo que a população até 19 anos apresentou índice de 62,3%, demonstrando que a faixa etária de 10 a 19 anos, cada vez mais, chama a atenção para o comportamento suicida, apontando a urgência no aprofundamento das pesquisas e planejamento de políticas que enfrentem o problema (ZWALD *et al.*, 2020).

Dentre os diversos fatores que podem representar risco ou proteção ao comportamento suicida, o ambiente acadêmico ganha destaque nas publicações mundiais. Nos Estados Unidos, a ideação suicida varia entre 4% e 67% em nível escolar, com média de 20%. Etnia, ser menina e vítima de violência no ambiente escolar, são condições que potencializam o risco (BENBENISHTY *et al.*, 2018). Na Nigéria, ser do sexo feminino, não cultivar relações afetuosas no ambiente escolar, com problemas e violência entre colegas e professores, juntamente com resultados acadêmicos ruins, são associados a ideação suicida (ADEWUYA; OLADIPO, 2020). Na Índia, em pesquisa realizada com 506 estudantes universitários, 9% apresentaram ideação suicida, sendo que tal condição foi fortemente associada ao estresse originado nas expectativas nutridas pela própria família e o medo de não as suprir. Além disso, relacionamentos conflituosos com seus pares e o estresse acadêmico, também se mostraram preditores importantes para a ideação suicida (DESAI *et al.*, 2021). No Japão, para o mesmo público, a prevalência de pensamentos suicidas foi de 6,7%, repetindo-se o fato de ser mulher, dentre outros hábitos como o consumo de álcool e do fumo (NOMURA *et al.*, 2021). Para estudantes australianos, a angústia vinculada ao afeto e humor negativo, foram fatores presentes em indivíduos com ideação suicida, enquanto que, em Portugal, depressão, solidão, ausência de confiança nos colegas e nas pessoas, de forma geral, intensificaram a ideação suicida em jovens universitários (DE BEURS *et al.*, 2017; PEREIRA; CARDOSO, 2017). Em estudo brasileiro, além dos fatores acima citados, a competição entre colegas nos cursos de saúde, em

especial em Medicina e Psicologia, foi outro importante fator e, ainda, foi revelado que o aumento da intensidade da ideação suicida é associado ao baixo rendimento acadêmico (VELOSO *et al.*, 2019; DENIS-RODRÍGUEZ *et al.*, 2017). Níveis mais elevados de absenteísmo escolar também é uma condição comportamental que merece atenção, pois é diretamente proporcional à automutilação e ideação suicida em jovens, no Reino Unido (EPSTEIN *et al.*, 2020).

No Brasil, em pesquisa com 674 estudantes de escola pública, a prevalência de ideação suicida foi de 7,9%. Ser do sexo feminino apresentou maior prevalência (10,2%). Sofrer violência sexual por colegas e professores e outros funcionários da escola, além de apresentar risco três vezes maior de apresentar ideia de se matar, demonstra como esse ambiente precisa de intervenção emergencial, afinal, segundo dados desta pesquisa, a violência sexual é rotineira e perpetrada por quem deveria proteger (SOUZA *et al.*, 2020a). Um dos desafios identificados pelos próprios professores para o enfrentamento do comportamento suicida nos estudantes foi o próprio despreparo para a identificação dos sinais de alerta e a abordagem ao indivíduo em crise, a ausência de equipes de saúde mental qualificadas para o enfrentamento e a não existência de temas transversais nos currículos escolares (BRITO *et al.*, 2020). Ao mesmo tempo, o conhecimento de tais elementos promovem o entendimento de que a Escola pode ser um espaço potente para ações de enfrentamento mais efetivo, através de políticas formuladas a partir da compreensão das relações entre estes elementos, a historicidade daqueles indivíduos e as relações ali empreendidas.

Diversos fatores que proporcionam insegurança aos jovens, ainda em maturação física, psicológica e social, são determinantes para a dimensão de pertencimento e aceitação social. Alterações das funções neurais, nesta fase da vida, foram associadas a ideia do autoextermínio, dependendo da qualidade da interação com os pares (HARMS *et al.*, 2019). Em um estudo na Coréia do Sul, com estudantes universitários, esse dado se confirmou, apresentando sequencialmente o vínculo entre: a violência verbal e isolamento por pares, o pertencimento frustrado, a não aceitação com o próprio corpo, o sentido de ser penoso aos outros e não ter valoração social, a ideação e as tentativas de suicídio (CHOI; BAE, 2020). Dado que se repetiu no Canadá (DEAN-BOUCHER *et al.*, 2020). No Brasil, em pesquisa realizada com estudantes universitários, a preocupação com a autoimagem foi duas vezes mais prevalente em jovens com depressão, sendo que, 18,8% dos estudantes apresentaram ideação suicida (PALMA *et al.*, 2020). A competição entre pares, o individualismo, a necessidade de pertencer, são elementos que são intensificados pelo modelo de produção neoliberal e repercutem numa neosociabilidade

capitalista e que, certamente, provocam os sofrimentos e psicopatologias, nos jovens, em especial.

Neste público, no Brasil, sintomas depressivos, ansiedade, estresse, baixa autoestima e autoeficácia e a violência familiar e social, como fatores de risco para a ideação suicida (PIMENTEL *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2018). Na Alemanha, a condição de trabalho estressante dos pais, associada ao baixo apoio parental, foi importante fator associado a este desfecho, nos filhos (LI *et al.*, 2017).

Outras condições comuns, associadas à ideação suicida, são encontradas em diversos estudos por todo o mundo e seguem listadas, a seguir, como forma de registro da amplitude e complexidade que o fenômeno apresenta: o estresse agudo em adolescentes que sofreram maus tratos infantis, com problemas psiquiátricos, que fazem uso de álcool e maconha, bem como pertencentes a minorias sexuais e étnicas, nos Estados Unidos (DUPREY *et al.*, 2021; HATKEVICH *et al.*, 2019; SELLERS *et al.*, 2019); doenças crônicas diversas, como Dermatite Atópica, na Coréia do sul (KYUNG *et al.*, 2020); inabilidade social para a resolução dos próprios problemas, no Equador (ALDÁZ; CRISTINA, 2018); transtornos mentais diversos, como depressão, transtorno de ansiedade, transtorno do humor, distúrbios comportamentais e alimentares, experiências psicóticas, abuso físico, psicológico e sexual, automutilação e depressão, na Nigéria, em Portugal, no Reino Unido, nos Estados Unidos, na Colômbia, na Coréia do Sul, na China, no Canadá, Uganda e Jamaica (ADEWUYA; OLADIPO, 2020; DUARTE *et al.*, 2020; OGINNI *et al.*, 2019; EPSTEIN *et al.*, 2020; ZWALD *et al.*, 2020; BENBENISHTY *et al.*, 2018; GENTIL *et al.*, 2020; KASEN; CHEN, 2019; HILL *et al.*, 2017; MACÍAS *et al.*, 2017; JEONG *et al.*, 2020; PENG *et al.*, 2020; XIAO *et al.*, 2019; SAPARA *et al.*, 2021; BODUSZEK *et al.*, 2021; BUSBY *et al.*, 2020).

Fica explícita a necessidade de produção do conhecimento direcionada a construção de estratégias que protejam esses jovens, principalmente os que estão em sua principal fase formativa da vida. Estudos revelam que uma saúde mental positiva, diminui os sintomas de depressão em estudantes alemães (TEISMANN *et al.*, 2018). A maturação associada ao afeto, também contribui com a diminuição dos sintomas associados à ideação suicida. Nos Estados Unidos, a ideia de se matar diminuiu em jovens com 17 anos ou mais, na medida em que a qualidade dos relacionamentos sociais melhorou, como afeto materno e relações sociais com os pares (KASEN; CHEN, 2019). Ambas as condições: melhores níveis de relacionamento, culminando em melhor coesão familiar e a autoaceitação, ou autocompaixão, foram protetivos para a ideação suicida, na China (SUN *et al.*, 2020). Ganhando destaque, em pesquisa

colombiana, a coesão familiar, enquanto fator mais notável, para proteger os jovens, do que a própria estrutura familiar (FORERO *et al.*, 2017). O sentido de pertencimento, boa relação familiar e o apoio social, são importantes ferramentas protetivas. Na Espanha, uma pesquisa realizada com 2.196 adolescentes, revelou que a inteligência emocional modera, de forma protetiva, a relação do uso inadequado da internet e a ideação suicida, neste público (ARRIVILLAGA *et al.*, 2020). A satisfação com a vida familiar, principalmente a boa relação parental, se mostrou como sendo mais importante do que a própria relação com colegas e amigos, no sentido de estimular a resiliência e, por conseguinte, a proteção para o comportamento suicida (NGUYEN *et al.*, 2020; NADINE; MURSHID, 2020).

Fica claro que fatores que proporcionem o apoio social e a satisfação com vida, são essenciais aos indivíduos na adultez emergente, para enfrentar os desafios que provocam o sofrimento. Intervenções que estabeleçam o fortalecimento dessas características podem impedir ou remediar o problema (PEREIRA *et al.*, 2018), além disso, a prática de exercícios físicos e uma rede de apoio acessível e proativa (NOMURA *et al.*, 2021), certamente provocarão a diminuição dos índices de transtornos mentais, em especial a depressão e, por conseguinte, mitigará os casos de comportamento suicida, neste público, que tem se mostrado, diante da complexa dinâmica de mudanças sociais, muito vulneráveis ao problema.

Intervir diretamente nas características associadas, isoladamente, não será suficiente, sob uma perspectiva resolutiva. Discutir idade e ideação suicida em contextos sociais diferentes, precisa figurar como uma abordagem que contribua em dar relevo às distinções dos padrões preteridos para o entendimento do fenômeno. As distintas realidades entre públicos de mesma faixa etária, certamente influenciam nas suas vivências de prazer e sofrimento: “Quais as condições de acesso para jovens de 12 a 15 anos que vivem na zona rural? Nas favelas urbanas? Nos condomínios de classe média e de classe alta? No Nordeste? No Sul-Sudeste?”. O advento dos casos de suicídio no público jovem, não necessariamente implica na diminuição dos casos em idosos. Mas talvez contribua com a ampliação da invisibilização da construção do suicídio neste público, em um momento de reformas neoliberais de Estado que retiram direitos e precarizam a vida.

O complexo sistêmico causal, vai além do que pode ser mensurado, não só pela característica subjetiva individual e que tangencia a saúde mental, mas sim, porque existem forças estabelecidas no modo de viver, produzir e consumir a si e ao mundo ao redor, que são muito mais potentes. Para o idoso, a percepção em “ancorar” os seus entes próximos, dando-lhes uma sobrecarga “desnecessária”, associada à sua existência e, a ausência de sentido de

utilidade, repercutem em seus pensamentos sobre a própria vida; para o jovem adulto, o sentimento de fracasso profissional, as dívidas, o distanciamento dos sonhos, os conflitos no trabalho, o acurralam no sentido do adoecimento; para a criança e o adolescente, o imediatismo em “ter”, a frustração em “não ter”, os conflitos com seus pares, a idealização mercantilizada do belo, do modo de viver, vestir e ser, inalcançáveis, sobrepõem valores e valências que deveriam permear sua formação e que acabam aglutinando, senão nesse momento, numa jovem adultez, o adoecimento. Neste ponto, a reflexão necessária é: “para quê e para quem o idoso precisa ser útil?”, “qual a medida do sucesso para o jovem adulto?”, “quem se beneficia com ânsia do ‘ter’ das crianças e adolescentes?” e, “como e quais estruturas e dinâmicas engendram este ‘projeto’?”. Aparentemente, identificar e estabelecer intervenções em fatores que, estatisticamente, estão associados ao comportamento suicida e/ou adoecimento da sociedade, de uma forma geral, será incipiente.

3.3.3 Gênero e a ideação suicida

Apesar das configurações de sexualidade (enquanto identidade e comportamento) não comporem o corpo de análises a que essa tese se propõe, devido a indisponibilidade do dado empírico analisado, se faz necessário estabelecer algumas definições a esse respeito. As questões relacionadas à manifestação da sexualidade, pela humanidade, são antigas e reside em constatações sociológicas de como as relações de gênero modulam a sociedade, seja na percepção dos corpos, seja no trabalho. A relação entre estes dois eixos tem efeitos diretos nos cuidados à saúde, sendo este campo aglutinador das diferenças estabelecidas nos gêneros (HEILBORN, 2003).

O termo ‘sexo’ é utilizado para definições simples e diz respeito ao sexo biológico, ao nascer e, assim, tem sido usado de forma dicotomizada em publicações científicas. Antes da década de 70, não se diferenciava o termo à ‘Gênero’. Nas últimas quatro décadas, a discussão de gênero foi introduzida nas sociedades e ganhou novas classificações. É um conceito inerente às ciências sociais e está relacionado à construção social do sexo e, este, a partir desse novo conceito, passa a designar meramente uma característica fisiológica e anatômica, e/ou a atividade sexual. Gênero então, assume a função de distinção entre a dimensão biológica e a dimensão social dos sujeitos (HEILBORN, 2003). Historicamente, epidemias como do HIV, foi socialmente atribuída a sexualidade de pessoas homoafetivas, ou a um comportamento promíscuo das mulheres. Da mesma forma, a gravidez na adolescência, ou gravidez precoce,

surge como um problema comportamental, ou tabu, atribuído ao conflito entre as expectativas que a sociedade tem em torno da adolescência, seja sob a perspectiva de questões relacionadas ao desenvolvimento da sexualidade, do gênero, da saúde ou de seu acesso. As novas classificações são necessárias e requerem da sociedade articulação para a compreensão do dinamismo das novas atribuições e conceitos que surgem. Novas pautas são constantemente adicionadas, na medida em que discussões políticas e sociais a respeito das sexualidades emergem na sociedade contemporânea (BORTOLETTO, 2019). Neste estudo, apesar da variável biológica ter sido a investigada, serão evocados conceitos da representação de ser homem ou mulher na sociedade para as discussões de gênero e saúde, sendo este o termo adotado nesta escrita, ora substituído por sexo, quando se indicar diretamente a qual o texto se tratar. O gênero, então, assume a construção social do masculino e feminino, pautada na separação dos sexos, uma vez que esta diferença permanece sendo bastante proeminente na explicação dos processos de saúde-doença na sociedade.

Diante desta ampla configuração social, repercuções de diversas nuances se configuram e determinam o processo saúde-doença, sejam físicas, mentais ou fenômenos de ordem comportamental, como o suicídio. Muitos estudos situam que ser do sexo feminino implica fator de risco para o comportamento suicida (NGUYEN *et al.*, 2020; SEFF; STARK, 2019; PONTES *et al.*, 2020; NOMURA *et al.*, 2021; DESAI *et al.*, 2021). Muito disso, se deve às imposições sociais, que sobrecarregam as mulheres e as expõem a diversos fatores que incidem risco para o comportamento suicida, representados em atividades diversas, seja no mundo do trabalho, no ambiente familiar, representado no cuidado com o outro, na doutrinação física a estereótipos que sexualizam e marginalizam o feminino e, na sua exclusão das pautas sociais ditas importantes e que são centradas num modelo machista de gerir a sociedade. Todas essas dimensões são representações sociais de um modelo centrado na determinação social dos sujeitos, em uma sociedade onde tudo é monetizado, inclusive as valências humanas. E esse processo que coisifica e atribui valor ao corpo feminino, o despedaça, provocando seu adoecimento e morte. Entender o comportamento suicida, em especial, a ideação suicida sob uma perspectiva que considera o materialismo histórico como instituição que regimenta a sociedade e suas transições, eleva o patamar de discussões e sugere reflexões que buscam preencher as lacunas de conhecimento de forma menos reducionista e pragmática, presente no modelo cartesiano de validação e entendimento dos fenômenos.

De forma geral, conhecer as características mais prevalentes, determinadas pelo gênero, pode ofertar um leque de conhecimento importante, para o planejamento em saúde,

mesmo não sendo completamente resolutivo, como dito anteriormente. Há o predomínio nas publicações mundiais, no que tange a diferença de gênero, em que, majoritariamente, ser mulher, implica em fator de risco importante para a ideação suicida. Ao se associar com a depressão, há notória intensificação do comportamento suicida, em especial da ideia de se matar. Pesquisas realizadas em todo o mundo demonstram essa associação: no Canadá, em uma pesquisa com 397.299 adolescentes, ser do sexo feminino foi significativamente associada à ideação suicida, bem como nos Estados Unidos, em diversos países africanos e na Austrália que, ainda acrescentam o uso de substâncias a este complexo causal (CAMPISI *et al.*, 2020; BENBENISHTY *et al.*, 2018; PONTES *et al.*, 2020; OWUSU *et al.*, 2020; NYUNDO *et al.*, 2020; UDDIN *et al.*, 2019; RESKO *et al.*, 2018).

Em pesquisas na China e na Índia, acrescentou-se ao fato de ser mulher, a automutilação, como um importante sinal de alerta, principalmente nas mais jovens (WEI *et al.*, 2018; XIAO *et al.*, 2019; PATEL; GONSALVES, 2019). Nos Estados Unidos, essa característica comportamental incidiu uma diferença de risco três vezes maior em mulheres relataram a ideação suicida, bem como aumentou significativamente a visita a unidades de emergência de mulheres entre 10 a 19 anos e acima dos 40 anos, se mantendo estável entre mulheres dos 20 aos 39 anos (MAY *et al.*, 2018; ZWALD *et al.*, 2020). Outros transtornos mentais são muito prevalentes em mulheres com ideação suicida. Nas pesquisas de Macías, Mendonza e Camargo (2017), na Colômbia, o humor negativo e a autoestima negativa demonstraram risco relevante para o desfecho, dado que se repetiu nos estudos de Gelabert e colaboradores, em mães na Espanha (2020) e no Japão (SAKAMOTO *et al.*, 2020). Fatores como disfunções menstruais, sensibilidade aos hormônios, que provocam avaliações negativas de si e nas interações sociais, autopercepções negativas, sentimento de sobrecarga e rejeição, sentido de invalidade, são condições emocionais, comportamentais e fisiológicas que interferem no comportamento suicida de mulheres (OWENS; EISENLOHR-MOUL, 2018). Dados estes, confirmados em pesquisas que incorporam a gravidez indesejada, o neuroticismo e o psicotismo em mulheres, mães, com e sem doenças crônicas, como o HIV, na Etiópia e na Espanha, como preditores para a ideação suicida (ZEWDU *et al.*, 2021; GELABERT *et al.*, 2020).

No Brasil, não é diferente. Em estudo com 1090 adolescentes, o sexo feminino apresentou maiores prevalências de comportamento suicida (CLAUMANN *et al.*, 2018). Em outra pesquisa, com 674 estudantes, a maior frequência da ideação (10,2%) foi para o sexo feminino (SOUZA *et al.*, 2020a). A violência contra as meninas no ambiente acadêmico se

mostrou um importante preditor para o problema (PIMENTEL *et al.*, 2020). Esses números se repetem, independentemente do grupo estudado, como na população carcerária do Brasil e pacientes psiquiátricos que visitam os CAPS, e que apresentaram uma diferença de gênero, para a prevalência de ideação suicida, com 53,1% em mulheres e 39,6% entre os homens (RANUZI *et al.*, 2020; KANTORSKI *et al.*, 2021). Em estudo de Silva Júnior e colaboradores (2018), o consumo de tranquilizantes e de drogas ilícitas aumentou as chances de as mulheres terem ideação suicida, em pouco mais de dez vezes. Importante salientar um ponto importante identificado em pesquisa no Canadá, onde as mulheres tinham 2,7 vezes mais chances do que os homens de apresentarem remissão na ideação suicida, porém a remissão só ocorria em mulheres que não tinham problemas no sono, nem depressão, que tinham menos de duas tentativas de suicídio pregressas e não ter histórico de abuso físico crônico na infância (FULLER-THOMSON *et al.*, 2019).

A violência física, verbal, emocional e sexual se mostrou um fator muito importante para prever a ideação suicida em mulheres; inclusive, testemunhar violência no próprio lar, se mostrou associado ao evento. Em estudos com jovens na Nigéria, associou-se a esses fatores, o alcoolismo e ausência das mães, não ter amigos, doenças crônicas e transtornos mentais diversos (ADEWUYA; OLADIPO, 2020). Maus-tratos infantis, que provocam estresse agudo e crônico nas mulheres norte americanas e chinesas, bem como violência sexual nas francesas, uruguaias, japonesas, portuguesas e brasileiras, se mostraram fortemente associados à ideação suicida (DUPREY *et al.*, 2021; ZHANG *et al.*, 2020; EL-KHOURY *et al.*, 2020; MARTÍNEZ; WASSER, 2019; SAKAMOTO *et al.*, 2020; CARIDADE; BARROS, 2018; SOUSA *et al.*, 2020a). A violência sexual explicou 49,0% do risco de mulheres apresentarem ideias de auto extinção ao longo da vida (EL-KHOURY *et al.*, 2020). Neste sentido, um dado perturbador, brasileiro, revelou que há violência sexual no ambiente escolar e que é perpetrada por colegas de sala, funcionários da escola e até por professores, aumentando em três vezes as chances de as meninas terem comportamento suicida (SOUSA *et al.*, 2020b). Na zona rural brasileira, mulheres idosas revelaram maus-tratos, serem vítimas de violência física e sexual, isolamento e exclusão social, ausência de vínculos afetivos e tentativas contínuas de tirar a própria vida (SILVA *et al.*, 2018).

Estes dados revelam fragilidade e descaso no cuidado com a saúde das mulheres, que estão presas em um modelo de exploração de seus corpos e de suas valências e que encontra numa sociedade machista a invisibilização da urgência em estratégias específicas de enfrentamento dos problemas de saúde, em especial da saúde mental. Sinais de alerta estão

consolidados na literatura e, intervenções, mesmo que insuficientes dentro do escopo resolutivo do problema, precisam ser debatidas e iniciadas nos diversos ambientes ocupados por elas. Histórico de abusos, depressão, transtornos mentais diversos, problemas de ordem comportamental, como o alcoolismo, são gritos de socorro que demonstram a fragilidade dos Estados em acolher as necessidades fundamentais femininas.

No ambiente de trabalho não é diferente. Alto estresse no trabalho, com presença de assédio moral e interpessoal (física e sexual), são citados em estudos diversos, como na China, em que tais fatores associados a conflitos e estresse familiares potencializam em cinco vezes mais as chances de ideação suicida em mulheres (LIN *et al.*, 2020). Nos Estados Unidos, mulheres militares e ex-militares apresentam índices elevados de ideia de autoextermínio, quando comparadas aos homens que exercem (exerceram) a mesma função (MONTGOMERY *et al.*, 2021). Sendo a violência sexual e física, antes e durante a vida militar, um fator preponderante para a ideação suicida neste público (HOLLIDAY *et al.*, 2021).

A ideação suicida, apesar de ser mais prevalente em mulheres, também acomete os homens. Apesar dos dados epidemiológicos considerarem mulheres e pessoas de minorias sexuais como população de maior risco, não se pode ignorar que o problema atinge toda a população, de uma forma geral. Na China, as pessoas que tentam o suicídio são em sua maioria homens, segundo Chang e seus colaboradores (2019a). O mesmo ocorrendo na Colômbia, no Chile e no Japão (GONZALES *et al.*, 2019; ARAVENA *et al.*, 2018; SAKAMOTO *et al.*, 2020).

Dados gerais demonstram que a tentativa de suicídio, de fato, é mais predominante, aparentemente, nos homens, chegando à marca de três vezes mais mortes, por esse motivo, em países ricos e caindo pela metade em países de média e baixa renda. No Brasil, a maior prevalência de tentativas é em homens, maiores de 60 anos e de baixa renda e escolaridade (KANTORSKI *et al.*, 2021). Os trabalhadores do campo, têm 4,2 vezes maior risco de cometer suicídio usando agrotóxicos, do que as mulheres, segundo dados de mortalidade de uma série histórica, de 1996 à 2010. Vale salientar que este número sofre influência pelo fato de serem os trabalhadores do campo, em sua maioria, homens (OKUYAMA *et al.*, 2020). Já a ideação suicida, diferente da tentativa de suicídio, é mais prevalente em mulheres, conforme visto nos diversos estudos citados.

Apesar de tais evidências se repetirem, ainda se faz necessário maior aprofundamento sobre as relações que promovem estes efeitos, uma vez que dados conflitantes também são vistos. No Quênia, a relação entre violência emocional e ideação suicida não obedece às

estatísticas apresentadas e é mais prevalente em homens (SEFF; STARK, 2019). Sakamoto e colaboradores (2020) revelam em seu estudo que, apesar do sexo feminino ter maior prevalência de humor deprimido, plano, ideação e tentativa de suicídio, as associações testadas não apresentaram diferenças de gênero.

Estes padrões inferem a reflexão de que, algo tem ocorrido para as remissões frente às tentativas de suicídio serem maiores em mulheres. Serão necessários esforços para identificar o que as protege da evolução da ideação suicida para as tentativas e que não apresenta o mesmo efeito nos homens. Poucas evidências, nesta direção, são encontradas atualmente e, pode ser este um caminho relevante para o avanço no conhecimento sobre o fenômeno suicida.

3.3.4 A variabilidade de condições socioeconômicas e da vida na ideação suicida

Este capítulo se inicia com a reflexão de que, atribui-se às psicopatologias, os únicos instrumentos seguros de rastreio para o comportamento suicida, de modo geral, conforme confirmam Chu e seus colaboradores (2020). Porém, têm-se novas abordagens que dimensionam outros fatores como essenciais para o entendimento deste fenômeno e que reportam a reflexão de que as psicopatologias figuram de forma secundária, como desdobramento de fases anteriores para o processo que culmina no comportamento suicida. O modelo IVM (Anexo A) infere três fases para a compreensão do fenômeno, sem necessariamente abordar as psicopatologias como fatores explicativos preponderantes (O'CONNOR; KIRTLEY, 2018). A compreensão do papel dos fatores históricos e culturais na determinação do processo de adoecimento e no comportamento suicida, têm avanços importantes e apontam que conflitos familiares, ausência de apoio social, estresses relacionados a condições específicas, sejam: étnicas, de gênero, entre outras e, até características idiomáticas podem ajudar a explicar a ideação suicida (CHU *et al.*, 2020).

Em países economicamente desenvolvidos, como os Estados Unidos, características sociais de xenofobia são muito presentes, não só para a questão racial, muito pulsante naquele país, mas para a população que apresente raízes culturais de países latinos, africanos, asiáticos e/ou toda característica que possa significar diferenças, consideradas, de forma discriminatória, como assimétricas. Chineses-americanos, ou sino-americanos, mais velhos, que se sentiam discriminados, têm duas vezes mais chance de ter ideação suicida, nos Estados Unidos (LI *et al.*, 2018). Achado que se repetiu em outro estudo, só que com indivíduos mais jovens, que

revelou que ser asiático, ou outra minoria étnica, está associado à violência no ambiente escolar e no envolvimento com gangues. Todas estas situações foram associadas à ideação suicida (BENBENISHTY *et al.*, 2018). Em pesquisa com jovens, ser hispânico, ser negro ou afro-americano, índio, nativo do Havaí e das ilhas do Pacífico, implicaram no aumento de chances de ter comportamento suicida, sendo 2,4 vezes maior do que em jovens não pertencentes a estes grupos (BAIDEN *et al.*, 2020). Chu e colaboradores (2020) convergem na importante conclusão de que, os caminhos que envolvem sofrimento geral e fatores culturais, como o estresse de minorias e conflitos familiares, reificam construtos suicidas, independentemente dos transtornos mentais. Este achado revela consigo duas perspectivas importantes: (1º) não necessariamente, precisa haver mediação entre estes fatores e a ideação suicida, pelos transtornos mentais, como a depressão; e, (2º) a centralidade do questionamento de como os modos de viver e as imposições socialmente referenciadas num modelo de produção da vida, repercutem de formas ainda não descritas e evidenciadas na literatura formal, provocando uma discussão necessária sobre a emergência da mudança de comportamentos, direcionados a como consumimos o mundo e a nós mesmos.

Na América do Norte, apesar dos Estados Unidos apresentarem características socioculturais que propiciam números elevados de casos de comportamento suicida, outros países demonstraram similaridades em seus achados. Ser indígena, no Canadá, também se mostrou ser fator de risco para a ideação suicida (SAPARA *et al.*, 2021). Segundo Denis-Rodríguez e colaboradores (2017), viver na América Latina é menos arriscado para o comportamento suicida, do que viver na Europa e nos Estados Unidos. Em um estudo brasileiro, ser negro ou indígena potencializa os pensamentos suicidas, dado que se repete na população geral (CORRÊA *et al.*, 2020; KANTORSKI *et al.*, 2021). Na Colômbia, a população cigana apresentou maior risco (GONZALES *et al.*, 2019).

Além das características étnico-raciais, outros importantes fatores estão relacionados direta e indiretamente à ideação suicida, como situados em diversos estudos pelo mundo. Há evidências de que, a baixa escolaridade seja um desses fatores. Tal dado foi encontrado em um estudo com idosos na Turquia, no Brasil (apesar de algumas diferenças regionais) e, para média escolaridade, ou equivalente, na China (ASLAN *et al.*, 2019; KANTORSKI *et al.*, 2021; CHEN *et al.*, 2019). O fato da suspeição de que a baixa escolaridade esteja relacionada a este problema ou a diversos outros se situa na crença de que essas pessoas apresentam pouco discernimento sanitário, menor renda, pouco acesso aos serviços de saúde e aos bens de consumo, iniciando

uma cadeia de acontecimentos que culminam nos processos nocivos ao corpo e à saúde mental do indivíduo.

Apesar disso, há conflito na questão da renda e da escolaridade, como apontado anteriormente. Pessoas que vivem em países mais ricos e que têm maior escolaridade, estão mais sujeitos à ideação suicida e ao comportamento suicida, nestas populações (KANTORSKI *et al.*, 2021). Estes achados colocam a questão cultural, mais uma vez, características étnicas e sociodemográficas, como fatores que elevam o confundimento nos estudos sobre a ideação suicida. É precipitado afirmar que ter maior renda e maior escolaridade são fatores de risco, quando sob uma lógica de privilégios, deveria ser o inverso. Ao se estudar populações de minorias sexuais, no Brasil, Corrêa e colaboradores (2020) apontaram que a escolaridade apresentou associação inversa à esperada. Este estudo apontou que indivíduos com maior escolaridade apresentam maiores taxas de pensamentos suicidas, onde a ideação suicida esteve presente em 86% de indivíduos com ensino superior incompleto, 78,9% com superior completo, 77,8% em nível técnico e 80% nos pós-graduandos. Evidentemente, há de se considerar que esta população estudada tinha como característica pertencer a um grupo que, historicamente, sofre todo tipo de violência social, o que enviesaria afirmações mais categóricas sobre a escolaridade e seu impacto direto na ideação suicida, porém não inviabiliza a necessidade de aprofundamento sobre tal característica enquanto preditor para o problema. Uma abordagem que tenha como foco a noção de totalidade social, que aborde contexto e história, certamente trarão a necessidade da compreensão do contexto suicida distintamente pelos grupos populacionais e suas classes. O que ocorre num contexto social de baixa renda e falta de acessos diversos, certamente não ocorre num contexto de privilégios, porém em ambos o suicídio ronda o cotidiano, todavia com elementos distintos.

Deve-se observar as questões relacionadas ao acesso à renda como sendo preditor do comportamento suicida. Apesar de haver alta prevalência em países ricos, diversos estudos mostram o avanço das estatísticas em países em desenvolvimento, muito embora a qualidade desses dados seja bastante limitada. Países como Jamaica e Uganda, apresentam taxas superiores a países de renda alta (BODUSZEK *et al.*, 2021). Em pesquisa realizada em 59 países em desenvolvimento, com aproximadamente 230 mil pessoas, a região africana apresentou a maior prevalência de ideação suicida e planejamento de suicídio, sendo baixa e média renda fortemente associadas ao desfecho estudado (UDDIN *et al.*, 2019). Em Bangladesh, a pobreza foi relatada, por mulheres, como fator preponderante para a motivação suicida, pois determinava a migração destas pessoas para áreas rurais, se submetendo a trabalhos com

condições nocivas à saúde, além de terem que se afastar de seus filhos (AKHTER *et al.*, 2017). Na China, receber uma pensão e estar desempregado, determinam menor pontuação na qualidade de vida e maior desejo de suicídio (CHANG *et al.*, 2019a; WEI *et al.*, 2018). Na Coréia do Sul, país com os maiores índices de suicídio do mundo, o baixo nível socioeconômico em estudantes universitários, exerceu influência na ideia de se matar (CHOI; BAE, 2020). O mesmo ocorrendo com estudantes brasileiros, evidenciado nos estudos de Santos, Marcon e Espinoza (2017) e nos estudos de Silva e colaboradores (2020).

As perdas econômicas e dívidas adquiridas fazem parte do escopo de características associadas às pessoas que cometem suicídio. Policiais brasileiros falecidos por esse motivo, tinha como característica, altamente prevalente, o endividamento e/ou comprometimento com empréstimos financeiros (PEREIRA *et al.*, 2020). Em culturas tradicionais de trabalhadores rurais de origem germânica, o fracasso econômico e o não pagamento de suas dívidas pode determinar o autoextermínio, uma vez que, por uma ética cultural do trabalho, a vergonha pelo fracasso não seria tolerável (MENEGHEL; MOURA, 2018). O mesmo motivo, com trabalhadores rurais, foi apontado nos estudos de Okuyama, Galvão e Silva (2020), que adicionam problemas de ordem emocional, familiar e a depressão, como gatilhos para o suicídio (OKUYAMA *et al.*, 2020). Importante ponderar a exposição contínua desses trabalhadores aos agrotóxicos e suas repercussões na saúde física e mental. O contexto do agrotóxico merece menção importante por ser causador (in)direto, dentro de uma perspectiva de cadeia causal, além de meio para o suicídio. Apesar das características de renda apontadas, dados conflitantes ainda são encontrados, o que sugere maiores esforços para a compreensão da natureza da relação desse fator ao comportamento suicida, em especial, a ideação.

Outra característica muito prevalente nos casos de ideação suicida, está associada às condições pregressas de vida, como violência e traumas na infância. O abuso na infância foi identificado como forte predisponente para a ideação suicida, em pesquisas na Polônia e nos Estados Unidos (GAWEDA *et al.*, 2020; BLOCH-ELKOUBY *et al.*, 2020; DUPREY *et al.*, 2021). Handley e colaboradores (2019) identificaram que maus-tratos na infância foi relacionado ao pensamento suicida no transcorrer da vida. Em pesquisa conduzida no Quênia, a violência emocional na infância, foi mais fortemente associada à ideia de se matar, do que a violência física (SEFF; STARK, 2019). O mesmo encontrado em estudo no Reino Unido, em que foram identificadas evidências sólidas de que maus-tratos infantis, incluindo abuso verbal, emocional e sexual, determinam maiores chances de ideação suicida em adultos (ANGELAKIS *et al.*, 2019). Em Israel, a injúria moral determinou o sentimento de aprisionamento e, por

consequente, a ideação e o comportamento suicida (LEVI-BELZ; GADI ZERACH, 2018). Em Portugal, o abuso psicológico assume condição de maior risco, quando comparado a outros tipos de abusos. E isso ocorre não apenas em quem sofre, mas também em quem perpetra a violência (CARIDADE; BARROS, 2018).

A violência emocional passa então a figurar perniciosamente, enquanto um forte fator diretamente associado ao comportamento suicida, de forma geral. Aliada a ausência de apoio social, seja familiar, seja de um colega, seja institucional, em se tratando do ambiente acadêmico, as violências sofridas potencializam os efeitos danosos do comportamento suicida, como visto na Nigéria e no Japão (ADEWUYA; OLADIPO, 2020; NGUYEN *et al.*, 2020).

Dados de, aproximadamente 398 mil adolescentes demonstram que as brigas na escola, ser continuamente intimidado e a ausência de amigos, incidem em comportamentos autolesivos, como o uso de drogas e, consequentemente impactando na ideação suicida. Apontam ainda que, intervenções nesse sentido são urgentes, principalmente em países de baixa e média renda (CAMPISI *et al.*, 2020). O mesmo dado foi encontrado em um estudo japonês, com adolescentes, que aponta para o uso de drogas “leves”, como maconha, para mulheres, e drogas “pesadas”, como heroína, para os homens, enquanto resultado da falta de apoio institucional e de relações conflituosas e violentas no ambiente acadêmico, resultando em humor deprimido e altas taxas de ideação suicida (SAKAMOTO *et al.*, 2020).

Não menos importante, o histórico de violência sexual, também desponta como forte preditor para o comportamento suicida. Tal dado é evidente em muitos estudos, em diversos países, tanto de alta, quanto média e baixa renda, como também, em todas as faixas de idade. Veteranas militares norte-americanas que sofreram violência sexual e física, perpetrados tanto no ambiente militar, quanto progresso ao alistamento, tinham maiores índices de ideação e tentativas de suicídio (HOLLIDAY *et al.*, 2021). As mulheres na França, que sofreram violência sexual também tinham índices mais elevados, colocando este tipo de violência como fator que pode contribuir nas diferenças de gênero para a ideação suicida (EL-KHOURY *et al.*, 2020).

Sofrer agressão sexual prediz a ideação suicida, também em moradores de rua nos Estados Unidos, apresentando diferenças significativas quando comparados com aqueles que não tinham o mesmo histórico (GILMORE *et al.*, 2020). No Brasil, tanto meninos, quanto meninas jovens, expostos à violência física e sexual, apresentaram 3 vezes mais chances de ideação suicida ao longo da vida (SCHÄFER *et al.*, 2017).

Sofrer a violência, testemunhá-la e o próprio comportamento suicida pregresso são fatores muito relevantes e que precisam estar presentes nos inquéritos de rastreio das condições de saúde de qualquer população (KANTORSKI *et al.*, 2021; BRANLEY-BELL *et al.*, 2019). Estes fatores adicionados a outras condições já identificadas, podem revelar uma característica latente para o comportamento suicida. Explorá-los, para a busca de perfis etiológicos do comportamento suicida, em especial da ideia de se matar, por ser precursora de comportamentos autolesivos mais contundentes, é um caminho que remedia o agravamento do problema, mas não o esgota. Serão necessárias transformações sociais mais profundas e que irão requerer a presença dos Estados em seu processo de governança, uma vez que a gênese dos sofrimentos não está concentrada unicamente em um ou outro fator de referência epidemiológica, mas sim em todo um modo de viver e produzir, que precisa de uma nova direção.

Do mesmo modo em que as condições de violências e outras questões socioeconômicas estão associadas aos processos que geram o comportamento suicida, condições patológicas específicas também figuram nas evidências identificadas na literatura, como pertencentes ao escopo que explica o problema, e que são matrizes de sofrimentos diversos. Doenças crônicas de longa duração, também são associadas ao comportamento suicida, como revelam: estudos na China e na Nigéria (CHANG *et al.*, 2019a; ADEWUYA; OLADIPO, 2020); comorbidades vasculares e neurológicas foram associadas à piora da ideação suicida, na Austrália e no Canadá (COUGHLIN *et al.*, 2017; DEAN-BOUCHER *et al.*, 2020); neste último, o Alzheimer, doenças alérgicas e dermatológicas também foram associadas (NG *et al.*, 2020); ser portador do vírus da AIDS, na Coréia do Sul, na Etiópia e na Indonésia (KYUNG *et al.*, 2020; KINDAYA; DEMOZE, 2020; OPHINNI *et al.*, 2020).

Pessoas idosas multimórbidas, acusam sofrimento psicológico, que mediam a interação com a ideação suicida, explicando cerca de 30% de seu efeito total, em pesquisa chinesa (JING *et al.*, 2021). No Irã, pacientes que precisam usar bolsas excretoras, ainda não ostomizados, relatam altos índices de sofrimento e ideação suicida (SARABI, 2020), assim como pacientes com Esclerose Múltipla apresentam altas taxas de ansiedade, depressão e comportamento suicida, no Brasil (TAUIL *et al.*, 2018). As doenças, de maneira geral, são expressões clínicas individuais, sob o ponto de vista fisiopatológico, porém precisam ser flexionadas e entendidas como manifestações coletivas, que ocorrem por diversos motivos e que geram impactos sociais conhecidos, como o medo e a desesperança.

Através da busca pela compreensão do que protege as pessoas do comportamento suicida, emerge a importância da família, sob a perspectiva do acolhimento ou da rejeição

dispensados aos indivíduos. Em pesquisa na Holanda, a ausência de pertencimento familiar foi significativa, enquanto mediador para a ideação suicida. Quanto menor o pertencimento, maior a ideia de se matar (PARRA *et al.*, 2021). O mesmo se repetiu em pesquisas no Japão, no Brasil, nos Estados Unidos, na Colômbia, Turquia e no Canadá (NGUYEN *et al.*, 2020; CORRÊA *et al.*, 2020; CHU *et al.*, 2020; FORERO *et al.*, 2017; ASLAN *et al.*, 2019; KUHN; FLANAGAN, 2017). A falta de pertencimento, associado à violência no âmbito familiar, agravou a intensidade da ideação suicida, na Nigéria e no Brasil (ADEWUYA; OLADIPO, 2020; PEREIRA *et al.*, 2018).

Da mesma forma, uma melhor interação familiar pode conferir maior resiliência e mais proteção para ideias suicidas, principalmente em jovens, sendo mais importante até que boas relações entre amigos e colegas (em ambiente acadêmico), como revela pesquisa conduzida na China (CHANG *et al.*, 2019b). Maior afeto materno também demonstrou significância como fator de proteção para o comportamento suicida nos Estados Unidos, em estudantes, principalmente após os 17 anos de idade (KASEN; CHEN, 2019). Mais uma vez, ganha evidência a satisfação proveniente das relações sociais, principalmente a familiar, caracterizando o apoio determinante para a proteção ao indivíduo do sofrimento mais agudo e de seus desdobramentos.

3.3.5 O mundo do trabalho: um capítulo essencial no contexto suicida

O mundo do trabalho representa a cristalização metodológica dos modos de produção da vida, desde seus aspectos históricos-conceituais, seus objetivos, suas flexibilizações, sua organização, seus atores e seu dinamismo, frente a um mundo em constante mobilização e adequações em busca da acumulação, em que uma classe hegemônica monopoliza a propriedade dos meios de produção e explora a força de trabalho da outra classe para garantir o processo de acumulação e concentração de capital. A partir da compreensão das relações de classes, será percebido que, todas as contribuições anteriores convergirão enquanto fatores que auxiliarão na explicação do fenômeno do suicídio no trabalho e em sua mensagem.

Aparentemente, o baixo número de ocorrências visíveis, sob a interpretação dos casos conhecidos, enquanto qualquer outro tipo de acometimento/accidente/morbidade, tem como lógica a minimização de seu significado, com o objetivo de evitar que este problema seja tratado da forma abrangente e com a atenção que necessita, uma vez que, possivelmente, resultaria em

medidas que modifiquem os modos de produção e que, subsidiariam políticas públicas para o combate à calamidade que o suicídio no trabalho representa (DEJOURS; BÈGUE, 2010).

Entender e assumir o suicídio como ele é, no mundo do trabalho, é reconhecer os modos de degradação do tecido humano e social do trabalho, portanto representa um tabu e, por isso, é continuamente invisibilizado. Sob o ponto de vista do trabalhador, inúmeras são as razões que o fazem silenciar frente a casos do tipo. Dejours e Bègue (2010) explicam que, negar o sofrimento faz parte das estratégias de defesa coletivas. Historicamente, o mundo do trabalho era preenchido majoritariamente por homens, o que amplia esta dimensão de negação do sofrimento (característica mais associada ao sexo masculino), uma vez que tal comportamento era expressão de coragem, força e invulnerabilidade frente a seus iguais e, quando este sofrimento ganhava notoriedade nesta comunidade, estigmas e exclusão eram resultados quase que imediatos nos ambientes de trabalho (DEJOURS; BÈGUE, 2010). Reside neste bojo de interpretações, sentimentos e sensações, evidenciadas em diversas pesquisas apresentadas nos capítulos anteriores, como precursores do comportamento suicida: a solidão, pertencimento frustrado, sobrecarga percebida, incapacidade produtiva para o trabalho, desesperança, sentido de inutilidade, entre outros, entrando em cena a culpa, assumida e imposta pelos donos dos meios de produção e pelos próprios pares, e o próprio medo, alimentando a impressão da fraqueza frente à rotina de trabalho, levando o indivíduo aos picos de sofrimento e ao adoecimento, quando não ao suicídio.

Diante deste ambiente, a negação persiste e a busca de estratégias de mascaramento e/ou enfrentamento são diversas e residem tanto na expressão coletiva de defesa, quanto em manobras individuais para sua proteção. Porém o agente estressor (leia-se organização do trabalho) permanece e, na maioria das vezes, prevalece, cristalizado, seja no afastamento, na mudança de setor, na demissão ou na morte. Dejours e Bègue (2010, pág. 19) salientam que, para o trabalhador que se afasta, o retorno, por si só, pode representar um gatilho importante para a agudização do sofrimento, uma vez que os estressores do trabalho permanecem, porém naquele momento, acrescidos da vergonha, da culpa, do medo e da exclusão:

Em outros termos, os sintomas aparentemente somáticos – como a vertigem ou a sensação de embriaguez, incompatíveis com a retomada do trabalho sob-risco – mascaram, para o próprio operário, que o medo é a verdadeira causa de sua incapacidade. Este volta, mascarado e irreconhecível, sob a forma de sintoma “médico” e não “psicológico” (DEJOURS; BÈGUE, 2010, pág. 19).

Os modos de produção capitalista, independentemente do tipo do trabalho, se valem desses dois mecanismos de manipulação e circunscrição do trabalhador: o medo e a culpa, que geram o silêncio, acobertador dos processos degradantes e são fruto de uma política de expropriação dos meios de sobrevivência desses grupos. Estes, poderosos instrumentos para o processo de acumulação de capital, através da obliteração das valências físicas e psicológicas do indivíduo, estão ancorados aos sentimentos de fracasso e humilhação, apresentados no modelo proposto por O'Connor e Kirtley (2018) (Anexo A), para a produção do comportamento suicida. A culpa imputada ao trabalhador é estratégia de isenção de responsabilidade, por parte do corpo patronal, indicando que o gesto suicidário é fruto de um “temperamento depressivo ou psicopatológico próprio ao suicida, ou ainda, a conflitos afetivos que o mesmo desenvolvia na esfera privada” (DEJOURS; BÈGUE, 2010, pág. 12). Como desdobramento, o trabalhador, em descompensação psicopatológica, por não poder expressar o sofrimento no ambiente de trabalho, o leva para fora e praticam o comportamento suicida em seus outros contextos, como sugerem os autores e evidencia-se na literatura específica.

É importante salientar que os estudos de Dejours e Bègue (2010) sobre os casos de suicídio, foram no ambiente fabril, na França, e que o tema só ganha notoriedade a partir dos anos 90, após a modernização dos processos de trabalho, ocorridos a partir da terceira revolução industrial e seus impactos, neste período. Antes disso, o suicídio no trabalho, era um evento que parecia restrito ao ambiente rural, justificado pela dureza da vida no campo, associado à solidão e a depressão. Isso não quer dizer que ele já não existia, apenas era (ainda é) subnotificado e silenciado, uma vez que, dar visibilidade ao evento desestabilizaria todo sistema produtivo pois dá relevo a fragilidade do tecido humano e social do trabalho, como sugerem os autores.

Diante deste cenário opaco, a ideação suicida se torna muito pouco tangível e pouco registrada. É preciso buscar os casos de suicídio, para que se possa imergir nos contextos de sua produção. Apesar de alguns contextos laborais empreenderem maior risco ao fenômeno, do que outros, é uma falácia imputar a uma ou outra estrutura de trabalho tradicional contemporânea, salubridade e proteção total ao trabalhador, uma vez que seus moldes de produção apenas se adaptam, mas este trabalhador permanece um meio para o mesmo fim (acumulação), sendo sua saúde tomada como espólio, nesta relação assimétrica e, cronicamente conflituosa.

Portanto, os suicídios no trabalho ocorrem nos meios mais distintos de produção e não são exclusivamente atribuídas a um gênero ou a um setor. Vê-se homens e mulheres que trabalham em hospitais, na educação, nos bancos, na construção civil, indústrias

eletroeletrônicas, com novas tecnologias, no comércio, em multinacionais, no campo, entre outros (DEJOURS; BÈGUE, 2010). Vale salientar que, os números não indicam discrepâncias de gênero, porém o contexto social que envolve outras dimensões da vida, expõem muito mais as mulheres do que os demais.

Este contexto também não é exclusivo a trabalhadores formais ou informais, empregados ou concursados. Têm-se uma conjuntura complexa e emergencial, no que tangem a (re)engenharia dos modos de produção e o (re)posicionamento coletivo, estabelecidos em função e finalidade dos seus atores, na construção do trabalho.

Outra dimensão importante, como explicativa para a gênese do sofrimento e seus desdobramentos na direção ao suicídio, reside no ‘não trabalho’, ou no desemprego. Trabalhadores desempregados em Portugal, principalmente há mais de um ano, acusam ideação suicida mais elevada, da mesma forma, no Canadá e na China (FARIA *et al.*, 2020; SAPARA *et al.*, 2021; WEI *et al.*, 2018). Outro fator importante evidenciado na literatura, está nos indivíduos empregados, porém com menor renda, encontrados nos Estados Unidos e na Coréia do Sul, país este que apresenta os maiores índices de suicídio no mundo e associam a proporcionalidade inversa entre renda e intensidade de ideação suicida (neste estudo) (MORGAN *et al.*, 2021; LEE *et al.*, 2021). Na China, a renda mais elevada foi considerada fator de proteção para a tentativa de suicídio, como normalmente evidenciado na literatura mundial (CHEN *et al.*, 2020b).

Apesar das questões relacionadas à renda, há a necessidade de especial atenção às questões relacionadas à organização do trabalho, enquanto estrutura que pode proteger ou ser produtor de sofrimento. O trabalho é considerado determinante no processo saúde-doença, uma vez que os seus elementos interagem de forma dinâmica, inclusive com o próprio trabalhador, que precisa se flexibilizar no sentido de sua adaptação aos processos e a carga desse trabalho, sendo este processo catalisador do adoecimento, dependendo das forças de resistências, físicas e/ou psicológicas do indivíduo, no trabalho (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Os fatores psicossociais do trabalho são exposições ocupacionais importantes para a explicação da ideação suicida, tanto qualitativamente, quanto quantitativamente. Em pesquisa com trabalhadores franceses, demandas cognitivas, baixa influência e pouca oportunidade de desenvolvimento no trabalho, baixo significado do trabalho, baixo senso de comunidade, conflito de papéis, insegurança, emprego temporário, mudanças no trabalho que exigem maiores adaptações e violência interna, foram associados à ideação suicida (NIEDHAMMER *et al.*, 2020). Na Coréia do Sul, a insegurança no emprego foi fortemente associada a este

desfecho, em adultos de meia idade (PARK, 2019). Neste país, políticas recentes neoliberais apresentaram formas de trabalho precarizadas, como a ausência de vínculos e o trabalho temporário, contribuindo com o cenário de insegurança exposto. Na China, a sobrecarga de papéis, a insuficiência no trabalho para atender as demandas, o aumento no risco de acidentes e a diminuição na recreação, foram associadas à ideação suicida, em trabalhadores da indústria petrolífera (XIAO *et al.*, 2017). Tais situações sugerem a necessidade de esforços para a compreensão desses estressores, enquanto fatores que, somatizados, potencializam a intensidade da ideação suicida.

Kuhn e Flanagan (2017), incluem o esgotamento e a depressão, como resultados intermediários associados aos fatores psicossociais do trabalho, em médicos canadenses. Tais fatores incluem compreensão do trabalho, demandas de adaptação dos registros em meios eletrônicos modernos, pressão por produção e ausência de controle sobre a vida profissional. Os autores apontam ainda o assédio patronal, no sentido de reforçar tensões psicológicas associadas a estigmas, caso o profissional solicite licença, eclodindo em abuso de álcool e outras substâncias, conflitos fora do ambiente de trabalho, ameaças e estresses de diversas naturezas, o impelindo ao comportamento suicida.

Na Austrália, um em cada quatro jovens médicos, que têm alta jornada de trabalho (mais de 55 horas semanais), apresentaram probabilidade dobrada de terem transtornos mentais comuns e ideação suicida (PETRIE *et al.*, 2020). A alta jornada de trabalho se configura como um importante estressor, que associado com a tensão no trabalho, predizem a ideia de se matar, segundo estudo norte-americano (CHOI, 2018).

Choi (2018) aponta que os estressores psicossociais crônicos do trabalho, cristalizados no baixo controle, alta demanda (alta exigência), estresse, baixo apoio da chefia e dos pares, insegurança e a jornada longa de trabalho estão, longitudinalmente, associadas à ideação suicida, sendo a alta exigência no trabalho, após controlados todos os outros fatores de confusão, intensamente associadas a este desfecho. Na França, trabalhadores com grau ocupacional persistentemente baixo, com baixo controle e entendimento sobre o trabalho, bem como com demandas elevadas, comparados àqueles com grau superior e com desenvolvimento de carreira, tiveram o risco de suicídio aumentado (AZEVEDO DA SILVA *et al.*, 2019). A alta demanda, presente na insuficiência percebida por trabalhadores chineses, no atendimento das exigências de seu trabalho, também apresentou associação com a ideação suicida (XIAO *et al.*, 2017). Vale imprimir que, o Modelo Demanda-Controle, proposto por Robert Karasek, pesquisador norte-americano, é uma referência para o rastreio de riscos ocupacionais

relacionados a duas dimensões psicossociais do trabalho: o controle sobre o trabalho e a demanda psicológica proveniente dele. O instrumento aborda questões sobre estas dimensões, além de suporte social proveniente da chefia e/ou supervisão e dos colegas de trabalho, demanda física e insegurança no emprego, conforme explicam Araújo e colaboradoras (2003).

Outro importante modelo que propõe mensurar o estresse ocupacional é pautado na reciprocidade profissional, ou seja, quando o esforço no trabalho é maior que recompensa recebida por ele, eclode o adoecimento. O esforço é medido pelas demandas e pelas obrigações, enquanto que a recompensa é cristalizada na remuneração, no apoio e em possibilidades de promoção. Araújo e colaboradoras (2016) indicam ainda uma terceira dimensão, que está relacionada ao excesso de comprometimento com o trabalho, intimamente relacionado ao esforço e que tem como objetivo alcançar a estima profissional e o reconhecimento, ou aprovação pelos chefes e pares. A combinação desta dimensão com o desequilíbrio esforço-recompensa implica impactos no processo saúde-doença.

O esforço, sem a recompensa, foi fator preditivo para a ideação suicida em trabalhadores fabris chineses (MO *et al.*, 2020). Em outra pesquisa, a pontuação média de esforço, associado ao excesso de comprometimento e pouca recompensa, foi relacionada à ideação suicida, em outros 2.216 trabalhadores, na China (GAO *et al.*, 2020).

Como foi dito, um outro fator importante, como mediador para o comportamento suicida, reside no apoio, porém não apenas dentro do ambiente laboral, mas fora dele, uma vez que, segundo Dejours e Bègue (2010), o contexto familiar pode ser um termômetro importante para a percepção de que algo não vai bem no trabalho. Segundo os autores, o comportamento suicida pode se manifestar primeiro neste ambiente, uma vez que os sintomas suicidas não poderiam ser percebidos no trabalho, sob pena de assumir fragilidade, inadequação e, por conseguinte, isolamento e exclusão. Ou seja, a manifestação sintomática pode ser sentida primeiro no seio familiar, ou em outro meio social, como manobra que oculta a verdadeira gênese do problema, presente na organização do trabalho e que, adia a atribuição dos estigmas associados, ao trabalhador. Dentre estes comportamentos, o abuso de álcool e outras substâncias, bem como os conflitos familiares são muito comuns e evidenciados em estudos com médicos no Canadá, e trabalhadoras chinesas, em que o conflito trabalho-família aumentou em mais de cinco vezes as chances de ideação suicida (KUHN; FLANAGAN, 2017; LIN *et al.*, 2020).

A ausência de apoio familiar, para mulheres trabalhadoras rurais, em Bangladesh é outra dimensão da importância da família no suporte preventivo para a ideação suicida

(AKHTER *et al.*, 2017). Bem como, as manifestações de estresse provenientes do trabalho dos pais, frente a seus filhos, suplantam a baixa qualidade na relação parental e, por conseguinte, se mostrou fortemente associado à ideia de autoextermínio destes jovens. Ou seja, mesmo não sendo trabalhador, as repercussões de um ambiente nocivo e adoecedor de trabalho, alcançam terceiros envolvidos indiretamente e, neste caso, vulnerabilizam mais vítimas (LI *et al.*, 2017).

Apesar de todos os contextos de trabalho estarem sujeitos ao comportamento suicida, chamam a atenção algumas categorias, mais que outras. O suicídio está entre as principais causas de mortes em policiais no mundo. No Brasil, policiais morrem mais de suicídio do que de outras causas, segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2020). Dentre as principais características associadas, em publicações internacionais, o estresse organizacional, traumas de incidentes críticos, trabalho por turno, problemas de relacionamento e abuso de álcool, são os mais prevalentes nos casos de suicídio (PEREIRA *et al.*, 2020). As taxas de suicídio dos membros da guarda nacional norte-americana são mais altas do que as de civis neste país. Aproximadamente, um terço dos membros, apresentou ideação suicida e evidenciou um comportamento bastante conhecido com preditor deste desfecho, a automutilação (MAY *et al.*, 2018).

Em Israel, este perfil não foi diferente. Experiências com injúria moral entre os veteranos das forças armadas estava significativamente associada à ideação suicida e ao comportamento suicida (LEVI-BELZ; GADIZERACH, 2018). Diversos estudos com militares e ex-militares norte-americanos, evidenciam ser esta categoria um alvo importante para uma melhor compreensão de como a organização do trabalho afeta o comportamento suicida. É perceptível que o gênero é um fator importante nesta categoria profissional, uma vez que a violência sexual esteve presente nas condições significativas para predição do comportamento suicida em mulheres, como evidenciam estes estudos (LEE *et al.*, 2020; MONTGOMERY *et al.*, 2021; HOFFMIRE *et al.*, 2021; HOLLIDAY *et al.*, 2021). Porém, o fato deste ambiente laboral ser “protegido”, devido a imposição de seu comando (sob o argumento da necessidade do sigilo, por ser esse um setor estratégico para o país), faz com que os fatores presentes na organização do trabalho e as relações empreendidas neste contexto, passem a residir no corpo das especulações, aparentando intangibilidade. Violência interna, alta demanda, baixo controle, machismo e o silêncio, são sinais críticos e que necessitam da devida evidência (PEREIRA *et al.*, 2020).

Uma característica evidente neste e, em outros tipos de trabalho, que ganham notoriedade quanto estressor associado ao comportamento suicida, é o trabalho por turnos.

Esta relação é evidenciada em estudos com trabalhadores de diversos setores na China, inclusive em trabalhadores da saúde, na Espanha e em policiais brasileiros (LIN *et al.*, 2020; LIU *et al.*, 2019; MORTIER *et al.*, 2021; PEREIRA *et al.*, 2020). Os pesquisadores elucidam a possibilidade de intervenção direta, uma vez que este é um fator conhecido e, comprovadamente, implicado ao comportamento suicida. Porém, apesar de, aparentemente, ser facilmente modificado, ainda é ignorado pelas instâncias mais elevadas na hierarquia destes trabalhos.

Outro setor que, historicamente, como visto anteriormente, sempre apresentou destaque no cenário que tem o suicídio como desfecho de problemas relacionados ao trabalho, é o agrário. Estudos brasileiros demonstram a importância do setor para a economia do país, como também tentam dar evidência aos modelos de produção e organização do trabalho, como potenciais causadores do adoecimento, em seus trabalhadores (MENEGHEL; MOURA, 2018; OKUYAMA *et al.*, 2020; NEVES *et al.*, 2018; NEVES, 2021). Características com traços da exploração colonial se atualizam nas relações contemporâneas do trabalho rural e residem em muitos destes ambientes, como modelos de trabalho análogos à escravidão, baixa renda, endividamento, sobrecarga, altos níveis de esforço, além de circunstâncias instrumentais que facilitam o suicídio, como o acesso a agrotóxicos, que não são exclusivamente circunscritos a um meio, mas conformam a etiologia do suicídio, neste contexto (NEVES *et al.*, 2018; NEVES, 2021). O sofrimento no trabalho do campo, a invisibilidade destes indivíduos pela distância dos grandes centros urbanos, o estresse no trabalho, o envenenamento, dentre outros fatores já citados, bem como os ainda velados, aponta especial preocupação e necessidade de intervenções de diversas naturezas, para a promoção da saúde com foco nestes trabalhadores (NEVES, 2021).

Este tipo de trabalho específico, precisa ter maior notoriedade, uma vez que representa a principal matriz produtiva brasileira e se revela um campo rico em contradições, iniquidades e desigualdades, que repercutem nos modos de produção da vida do trabalhador e trabalhadora do campo. Neves (2021) imprime uma importante contribuição para a reflexão de como estes modos de viver e morrer são historicamente e socialmente determinados:

As expropriações no campo têm impedido as pessoas de sobreviverem de outra forma que não seja a instaurada pelo modelo produtivo do agronegócio: as cercas, o veneno, a violência dos jagunços, desterritorializam as populações tradicionais e pressionam os territórios indígenas; quebram a lógica de uso comum da terra e dos recursos naturais, impedem a possibilidade de plantar o próprio alimento e, a longo prazo, quebram também as formas de festejar as colheitas e os santos, de cantar e dançar. A vida se torna estranhada, as atividades humanas passam a ter um sentido limitado da

mera reprodução biológica para aqueles que não tem outra coisa senão braços e pernas para cortar cana, diluir veneno, arrancar raízes, plantar sementes geneticamente modificadas, limpar o chão, fazer a comida dos “peões”.

Se por um lado, ao olhar toda a “riqueza” esvaindo nos caminhões lotados de grãos e plumagem de algodão e litros de etanol, o trabalhador se conforma que nada daquilo é seu, apesar de ter sua marca e ser impossível de produzir sem seu suor (que molha as máquinas), e muitas vezes até se orgulhando do recorde na colheita, por outro lado fica a bronquite, a tontura, a náusea, a dor física e difusa, a saudade de casa, a necessidade de ficar mais uns meses, ir para outra cidade para colher outra safra para poder juntar um dinheiro que valha a pena voltar pra casa. Àquele trocado pela máquina, o novo nativo dessas paragens, fica o trabalho precário, mal remunerado, o alcoolismo, a dependência química, a mendicância visto que o acesso aos bens básicos para sobrevivência biológica somente pode ser realizado mediante o dinheiro resultante da venda de sua força de trabalho, a mercadoria mais barata nesse mercado high tech (NEVES, 2021, pág. 305-6).

O processo de determinação social do suicídio portanto, numa sociedade capitalista, nasce no trabalho e perpassa seus limites estruturais, permeando todos os campos da vida. Por ser um evento de acessibilidade complexa, como já dito, transita na invisibilidade e segue atenuado nas pormenorizações naturalizadas na perspectiva positivista epidemiológica da “margem aceitável da carga da doença”, atribuída às suas baixas taxas e baixo risco, como cita Neves (2021, pág. 61).

Vale destacar, a título de nota, que publicações diversas, centralizam a “produtividade” como o objeto das pesquisas, excluindo o trabalhador da posição que ele precisa ocupar nestas discussões. A produtividade no trabalho precisa ser compreendida enquanto pertencente às causas do problema e não seu desfecho de interesse, dos estudos sobre a saúde do trabalhador. A exemplo, Khansa e colaboradores (2019), em estudo com 1.487 trabalhadores libaneses, demonstram a interação entre ansiedade e depressão na ideação suicida, na qualidade de vida e na produtividade no trabalho, que evidentemente é comprometida. Porém, ao se posicionar a produtividade enquanto finalidade e não enquanto gênese, posição que de fato deveria ocupar, reproduz-se indevidamente o modelo de produção capitalista enquanto amigável ao trabalhador, padecendo o sentido existencial da pesquisa em saúde ocupacional. O mesmo visto nas pesquisas de Poulsen e colaboradores (2017), que centralizam a capacidade produtiva do indivíduo como desfecho e apresentam a depressão e a ansiedade como circunstâncias causadoras e que afastam o indivíduo do trabalho, ao invés de darem relevo ao próprio processo

produtivo, enquanto preditor das morbidades, nos homens e mulheres trabalhadores em licença médica, na Dinamarca (POULSEN *et al.*, 2017).

É certo que, ainda, aspectos importantes da organização do trabalho são determinantes para as questões de gênero, uma vez que as decisões são condicionadas a fatores historicamente machistas e estas posições de decisão, ainda serem ocupadas por homens, em sua maioria. É evidente que esse panorama também exerce influência no processo saúde-doença e nos eventos suicidas, quando se observa as diferenças de gênero nos trabalhadores. Numa amostra da guarda nacional norte-americana, a ideação suicida estava presente em 3% dos homens e 11% das mulheres (MAY *et al.*, 2018). Já, em pesquisa com mais de vinte mil trabalhadores franceses, houve pequena diferença de gênero, sendo 5,2% em homens e 5,7% em mulheres (NIEDHAMMER *et al.*, 2020). Diferenças de gênero foram demonstradas em pesquisas na China, com mais de dois mil trabalhadores (LIU *et al.*, 2019). Em outra pesquisa, neste mesmo país, ao se associar o estresse familiar e no trabalho, ao fato de ser mulher, as chances de ideação suicida aumentaram em cinco vezes, demonstrando que a sobrecarga de trabalho no lar, para as mulheres, ainda é um fator importante e que merece maior atenção, quando somatizado às circunstâncias laborais formais (LIN *et al.*, 2020).

Em pesquisa canadense, com trabalhadores médicos, o risco de suicídio em médicas (mulheres) aumenta ainda mais do que o aumento da taxa de suicídio em médicos (homens). Os pesquisadores elencam o esgotamento no trabalho como importante mediador para o comportamento suicida, onde, em homens, os sinais mais comuns são a despersonalização seguida de exaustão emocional, enquanto que as mulheres, primeiro experimentam a exaustão emocional e, posteriormente, a despersonalização, acrescida de cinismo e pouco senso de realização. Foi visto que este senso de realização, nos homens, tem menor probabilidade de diminuir com a presença do esgotamento (KUHN; FLANAGAN, 2017).

No Brasil, trabalhos tipicamente masculinizados, como a lida com agrotóxicos, indicam uma possível explicação sobre ser em homens, a maior prevalência de intoxicação. Segundo dados do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), entre 1996 e 2010, houve 4,2 vezes mais suicídios em homens do que entre mulheres, com o uso de agrotóxicos, indicando uma diferença de gênero, que pode ser explicada por ser este trabalho ser desempenhado em sua maioria, por homens. Importante salientar que erros de notificação, ou a subnotificação, são esperados para o registro destas e outras ocorrências, por se tratar de serem eventos no campo (OKUYAMA *et al.*, 2020; NEVES *et al.*, 2018; NEVES, 2021). No serviço militar, imagina-se que os dados sobre gênero também se invertam, pelos mesmos motivos, porém Montgomery,

Dichter e Blosnich (2021) identificaram dados conflitantes. Na França, mulheres militares, com menos de 40 anos, apresentaram o dobro de chances de terem ideação suicida e mais de doze vezes a chance de tentarem o autoextermínio. Os autores apontam para traumas em função de violência sexual, condições de saúde mental e uso de substâncias, como fatores explicativos para o comportamento suicida, em ambos os sexos (MONTGOMERY *et al.*, 2021). Nos Estados Unidos, os traumas sexuais e violência física, estavam muito mais presentes em mulheres dos serviços armados, do que em homens (HOLLIDAY *et al.*, 2021). Chama-se atenção para a automutilação, enquanto um sinal de alerta importante, presente nas mulheres que trabalham na guarda nacional deste país (MAY *et al.*, 2018). Já ao se comparar mulheres e homens trabalhadores do serviço militar norte-americano, com o público não militar, as probabilidades de ideação suicida e tentativa de suicídio no grupo de trabalhadores, foi significativamente maior. Ao se comparar os gêneros, dentro do grupo, também foram observadas diferenças, porém, neste caso, sendo os homens os mais afetados. De uma forma geral, homens adultos (militares ou não) e mulheres militares, apresentaram índices elevados de ideação suicida nesta pesquisa, indicando que muito se tem a ser descortinado sobre as diferenças de gênero no trabalho, segundo a natureza do próprio trabalho. Vale salientar que, esta pesquisa foi realizada com, aproximadamente, vinte mil pessoas, ofertando significante contribuição para as análises (HOFFMIRE *et al.*, 2021).

Os sinais do comportamento suicida no trabalho urgem em ganhar mais espaço, no que tange o monitoramento e o planejamento interventivo nestes ambientes. Fatores como o estresse figuram sobremaneira em trabalhadores com ideação suicida e acabam por impactar, até mesmo, em terceiros envolvidos, como a família, no que relatam Li, Loerbros e Siegrist (2017), onde os filhos de pais que estão sob estresse crônico no trabalho, tendem a ter 2,9 vezes mais chances de apresentarem ideias de autoextermínio (LI *et al.*, 2017). O estresse e a tensão no trabalho são considerados estressores psicossociais crônicos nestes ambientes e que, combinados com condições de alta demanda e baixo controle, potencializam seus efeitos neste desfecho (CHOI, 2018). Mulheres com estresse e ansiedade, em Bangladesh, veteranos militares israelenses, que sofrem injúria moral e estão constantemente sob condições de estresse, mulheres chinesas com estresse no trabalho e em casa, são exemplos típicos, com essa característica, muito encontrados na literatura internacional (AKHTER *et al.*, 2017; LEVIBELZ; GADI ZERACH, 2018; LIN *et al.*, 2020).

Outra psicopatologia muito relatada e que está significativamente associada à ideação e ao comportamento suicida, de forma geral, é a Síndrome de Burnout. A doença esteve presente

em médicos que atuam na África (38% deles) e que relataram ideação suicida, se repetindo na mesma classe de trabalhadores no Canadá e, em estudantes, residentes médicos, no Brasil (COMMANDER *et al.*, 2020; KUHN; FLANAGAN, 2017; CARRO; NUNES, 2021). A Síndrome de Burnout se configura como, muito proximal aos eventos suicidas, principalmente quando associada à depressão. Tal achado foi demonstrado nestas pesquisas citadas e apontam que fatores pessoais potencializam os efeitos, tanto da depressão, quanto no risco do suicídio, como: histórico de transtornos mentais do trabalhador, ou em um ente familiar; abuso de álcool e de outras substâncias; conflitos familiares e na vida social; e, o endividamento e conflitos no trabalho.

A associação da depressão com a ansiedade, também provocam efeitos amplos que aproximam o trabalhador ao desejo suicida, como visto em trabalhadores de fábrica e médicos, chineses (MO *et al.*, 2020; LIU *et al.*, 2019). É, a depressão, sem dúvida, o mais prevalente fator predisponente do comportamento suicida, em especial à ideia de autoextermínio. Ela está presente em indivíduos trabalhadores e não trabalhadores, em homens e mulheres, residindo em países ricos ou pobres e de culturas e realidades distintas. Buscar as condições que provocam o adoecimento, se torna primordial para a mitigação dos casos de comportamento suicida, principalmente em trabalhadores. Sentimentos de tristeza contínuos, irritabilidade, problemas alimentares e com o sono, baixa autoestima e aprisionamento, são identificados em diferentes trabalhadores, tanto no Chile, como na Malásia e em Israel (ALVAREZ-CABRERA *et al.*, 2018; SAHIMI *et al.*, 2021; LEVI-BELZ; GADI ZERACH, 2018). Até mesmo a exposição a poluentes suspensos no ar, foram mediados pela depressão, que aliados a condições meteorológicas, representaram risco indireto para o suicídio na China (CHEN *et al.*, 2020a).

Apesar de não fazer parte deste estudo, outra patologia que têm inferido muitos impactos negativos no mundo do trabalho é a COVID-19 e seus desdobramentos, uma vez que, a pandemia vigente, desta doença, exerce influência em diversas dimensões associadas ao trabalho e, portanto, merece menção. Fatores como: desemprego; desgaste das relações de trabalho, com vínculos fragilizados; remuneração comprometida; medo constante, do próprio desemprego, como também da contaminação; resultando em angústia, ansiedade, insônia, problemas financeiros, conflitos familiares e no próprio ambiente de trabalho, representam desdobramentos pulsantes, atualmente. Vale salientar que não são, exclusivamente, frutos da pandemia, mas sim, retrospecto de uma história recente de desmonte de políticas de proteção aos trabalhadores, intensificados durante o período da crise sanitária atual. Trabalhos considerados como “linha de frente”, potencializam todos os efeitos e representam lócus

importante para estudos e intervenções urgentes (SHER, 2020; KNUDSEN *et al.*, 2021; MORTIER *et al.*, 2021). Sendo os trabalhadores da saúde as principais vítimas, não apenas da doença diretamente, mas indiretamente, como demonstrado em pesquisas nos Estados Unidos, na Espanha, Itália e na Malásia (SHER, 2020; MORTIER *et al.*, 2021; BERARDELLI *et al.*, 2021; SAHIMI *et al.*, 2021). Mortier e colaboradores (2021) chamam a atenção para a importância no cuidado das condições de trabalho dos trabalhadores hospitalares, justificados pela centralidade em que os sistemas de saúde figuram em situações como essa. Eles chamam a atenção que esta demanda, precisa ser contínua e de toda a sociedade e não apenas em momentos em que o setor tem maior visibilidade, como em um cenário de pandemia. A segurança social, garantida legalmente, determina a atenção constante à saúde coletiva.

O apoio social no trabalho, com demandas justas, com sistemas de prevenção à violência (figurando a sexual em alguns ambientes sexistas, como o militar e o rural), são alguns dos fatores que despontam na equação reestrutural necessária no mundo do trabalho e identificadas em algumas pesquisas internacionais (CHOI, 2018; MO *et al.*, 2020; HOLLIDAY *et al.*, 2021). Porém, o que se estabelece é a redução das estruturas que protegem o trabalhador, que passa a ter fragilizado seus vínculos, com salários reduzidos, pressões internas por qualidade e produtividade e, externa, pelo desemprego e desamparo social, tanto institucional, quanto do próprio Estado (sentidos no Brasil, via reformas trabalhista, previdenciária e pela proposta de reforma administrativa). Esta realidade não é exclusividade brasileira. Na China, os índices de ideação suicida em trabalhadores da indústria petrolífera aumentaram, coincidindo com a redução de recursos que eram destinados para a estrutura protetiva interna destes trabalhadores (XIAO *et al.*, 2017). Na Coréia do Sul, após a privatização de uma Estatal, benefícios como seguro médico e pensões para aposentadoria foram cortados, bem como extintos setores de saúde ocupacional e de vigilância em saúde. Estes trabalhadores apresentaram aumento significativo para a ideação e comportamento suicida. Brasil, a própria falta de recursos e suporte institucional geram sofrimento aos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família que lidam com indivíduos que sofrem por comportamento suicida e que são assistidos por essas equipes. Eles ainda apontam que é emergencial a necessidade de fortalecimento da rede de serviços, da qualificação e do apoio, permanentes (FERREIRA *et al.*, 2019).

Dejours (2011), em sua extensa obra sobre a Psicodinâmica do Trabalho, já evidenciava experiências de sofrimento e prazer no trabalho e como a dinâmica desta relação pode proteger ou adoecer o trabalhador. No estudo de Sartori e Souza (2018), com trabalhadores

que atendem emergencialmente chamadas para casos suicidas, essa relação é vivida cotidianamente, presente na ambivalência do sentimento de realização e orgulho, bem como do perigo e do estresse constantes, materializados no risco de perder a própria vida, de seus colegas de trabalho e do próprio indivíduo, que se destinam a salvar e que está em situação limite. As contribuições da Psicodinâmica do Trabalho representam notória importância no entendimento dos fenômenos relacionados ao comportamento suicida nestes ambientes, uma vez que se propõem não apenas a estabelecer teorias, mas por sua natureza metodológica e prática, alvítria possibilidades exitosas de intervenção nestes espaços e que merecem a edificação e visibilidade devidas (DEJOURS; BÈGUE, 2010).

3.3.6 Precursors da ideação suicida: breve síntese dos diversos aspectos que favorecem a sua ocorrência

É importante situar o suicídio e suas possíveis causas, analisando os aspectos do seu comportamento. De forma global, os suicídios representam 50% das mortes violentas em homens e 71% em mulheres (KANTORSKI *et al.*, 2021).

Eventos estressantes da vida são comuns para todas as pessoas e podem estar indiretamente relacionados ao comportamento suicida. Diversos estudos revelam que episódios dolorosos, como rompimento de relacionamentos afetivos, a perda de um ente querido e/ou frustrações diversas, como histórico de violência sofrida, são contribuintes para o estado deprimido e seus desdobramentos (CAMPOS *et al.*, 2020).

É notório que o sofrimento psicológico é precursor não só do comportamento suicida, mas de diversos outros comportamentos autolesivos, como o abuso de álcool e outras substâncias. A questão direcional é que não é bem definida na literatura. Não é um equívoco, atribuir ao uso de drogas e do álcool, motivações recreativas. Do mesmo modo, é lícito imaginar que este comportamento pode ser uma tentativa de fuga dos estressores que causam sofrimento. Em estudos no Japão, no Líbano e no Brasil, em diferentes grupos populacionais, no que tange variáveis como gênero e idade, o abuso do álcool foi significativamente associado à ideação suicida, enquanto precursor para tal (NOMURA *et al.*, 2021; ZAKHOUR *et al.*, 2021; PEREIRA *et al.*, 2020). Em um estudo longitudinal, nos Estados Unidos, o uso de álcool e maconha foram associados à ideação suicida (SELLERS *et al.*, 2019), da mesma forma, para mulheres australianas, que abusavam de álcool e medicamentos (SILVA *et al.*, 2017; RESKO *et al.*, 2018). Em estudo norte-americano, foi encontrada esta associação, porém para indivíduos

que fazem o uso do álcool, de forma solitária, para enfrentamento dos seus estressores, enquanto que, o “beber socialmente” foi identificado como protetor para a depressão e para a ideação suicida. Tal achado sugere que, os momentos de socialização com pares é um efeito protetivo e que esses eventos envolvem o consumo de álcool (GONZALEZ; HALVORSEN, 2021). Portanto, atribuir o comportamento suicida ao consumo de álcool, sem dimensionar sua intensidade, razões e as condições de saúde mental do indivíduo, podem não representar a realidade desta associação.

A baixa presença de pensamentos protetores, como a satisfação com a vida e trabalho, o senso de controle e a ausência de expectativas positivas, foram associados à ideação suicida, assim como a infelicidade percebida (FORERO *et al.*, 2017; KYUNG *et al.*, 2020). Atitudes mais permissivas estão intensamente associadas à ideia de se matar, assim como sobrecarga percebida, sociotropia e o sentimento de não pertencimento a grupos (pertença frustrada), são muitos comuns em diversos estudos (LEE *et al.*, 2021; CAMPOS *et al.*, 2020; PARK; KIM, 2019; HOM *et al.*, 2019; CHOI; BAE, 2020). Há de se destacar que a interação entre pertencimento frustrado e sobrecarga percebida, características comuns, principalmente nos ambientes de trabalho, representam um aprimoramento aos modelos de previsão da ideação suicida, como evidenciam os estudos de Campos e colaboradores (2020) e Levi-Belz e Aisenberg (2021).

Muitos estudos revelaram o humor negativo e o transtorno do humor como importantes condições que provocam o desfecho. Estratégias limitadas de regulação emocional, agressividade, baixa autoestima e afeto negativo, interferiram no humor, principalmente no período pandêmico, apesar de ser frequente também antes da pandemia da Covid-19. Tal associação foi encontrada em estudos na Espanha, na Itália, na Austrália, no Japão, na Colômbia e nos Estados Unidos (MORTIER *et al.*, 2021; GELABERT *et al.*, 2020; BERARDELLI *et al.*, 2021; DE BEURS *et al.*, 2017; SAKAMOTO *et al.*, 2020; MACÍAS *et al.*, 2017; HATKEVICH *et al.*, 2019; SHER, 2020).

Todos estes sentimentos e sensações são comuns precursores dos transtornos mentais, de uma forma geral e, ainda mais comuns, enquanto componentes explicativos da ideação suicida. Dos indivíduos que morreram por suicídio, os transtornos psiquiátricos estavam presentes em 58% deles e em 45% dos que tinham comportamento suicida, sendo o transtorno de humor o mais prevalente, seguido do transtorno de ansiedade (KNIPE *et al.*, 2019). As experiências psicóticas e a gravidade geral dos índices psiquiátricos estão intimamente próximas à ideação e o comportamento suicida (DEVYLDER *et al.*, 2020; HOM *et al.*, 2019).

O transtorno de ansiedade e o estresse (tanto o sofrimento crônico, como eventos agudos) são encontrados em diversos estudos, enquanto fatores presentes em indivíduos com ideação suicida, o que parece ser óbvio, pela própria natureza do comportamento suicida, evidenciados em estudos em todo o planeta e em todas as classificações de indivíduos (AKHTER *et al.*, 2017; SHER, 2020; KYUNG *et al.*, 2020; GILMORE *et al.*, 2020; POULSEN *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2018; KHANSA *et al.*, 2019; DUPREY *et al.*, 2021; ZAKHOUR *et al.*, 2021; OPHINNI *et al.*, 2020; ADEWUYA; OLADIPO, 2020; MORTIER *et al.*, 2021).

Uma das características patológicas associadas ao estresse e a ansiedade é a ruminação de pensamentos, que é o ato de, continuamente, retomar pensamentos ruins que provocam aflição e angústia (WETHERALL *et al.*, 2018; ROGERS *et al.*, 2021; HOLDWAY *et al.*, 2018; SAGIV; GIVON, 2021). Diversos estudos identificam esse comportamento como explicativo da ideação suicida e que se coloca como, ainda mais proximal ao suicídio, quando a ruminação é o próprio pensamento suicida (ROGERS *et al.*, 2021). Algumas classificações desse processo emergem, quando associadas ao comportamento suicida: ruminação psicológica, ruminação taciturna e a ruminação reflexiva, são termos muito comuns, encontrados nos modelos explicativos para a ideação suicida e também, para distúrbios do sono (HOLDWAY *et al.*, 2018). Inclusive, os distúrbios do sono são amplamente discutidos na literatura, como preditores da ideia de autoextermínio, como mostram os estudos de Littlewood e colaboradores (2019), Owusu e colaboradores (2020), Kainat e Ijaz (2020). Evidentemente, é preciso situar o contexto suicida para além da consistência destes pensamentos ruins. Quais os fatores experienciados pelos indivíduos que condicionaram tal efeito? As vivências de situações estressoras, como violência, ausência de rede de apoio, assédios, fragilidade, dentre diversos outros fatores, fazem parte dos contextos que condicionam o indivíduo a este processo psicológico.

A evolução de todos os fatores descritos colide na depressão, sendo esta condição a principal preditora da ideação suicida, estando relatada na ampla maioria das publicações mundiais, seja enquanto precursor indireto ou direto para o comportamento suicida, de modo geral (TEISMANN *et al.*, 2018; BAIDEN *et al.*, 2020; ROGERS *et al.*, 2018; BEDOLLA-BARAJAS *et al.*, 2018; JEONG *et al.*, 2020; CHEN *et al.*, 2020a; MACÍAS *et al.*, 2017). Pessoas com depressão eram seis vezes mais propensas a endossar comportamento suicida, mediando o trauma na infância a este desfecho (GAWEDA *et al.*, 2020). Nos Estados Unidos, a chance de visita às emergências, aumentava sensivelmente com a presença de transtornos depressivos (GENTIL *et al.*, 2020).

A depressão e a ansiedade, juntas, foram identificadas em pesquisas libanesas, como fortemente associada à ideação suicida, e figuram entre os maiores contribuintes para o fardo global de doenças, impactando tanto individualmente, quanto coletivamente (ZAKHOUR *et al.*, 2021; OPHINNI *et al.*, 2020; POULSEN *et al.*, 2017). A interação da ansiedade com baixos níveis de depressão ou, a depressão elevada por si só ou, traços de ansiedade mais agudos, são importantes preditores para a ideação suicida (KHANSA *et al.*, 2019). Médicos que tinham a Síndrome de Burnout associada à depressão, apresentaram maiores índices de ideias de autoextermínio, tanto na África, quanto no Canadá, da mesma forma, outros profissionais de saúde, na Malásia (COMMANDER *et al.*, 2020; KUHN; FLANAGAN, 2017; SAHIMI *et al.*, 2021). Tais condições associadas à facilidade no acesso a medicamentos, aparentemente podem ofertar condições ideais para a tentativa e o suicídio consumado.

Os indivíduos mais jovens sofrem especial risco para a ideação suicida, como visto. A associação da pouca idade, depressão e inabilidades sociais potencializam de sobremaneira o risco. Um dos sinais de alerta mais comuns são os distúrbios comportamentais diversos. Pesquisas conduzidas no Reino Unido, nos Estados Unidos, na Coréia do Sul, na Nigéria e outros países africanos, revelam este quadro crítico, que conforma situação de alto risco para o suicídio nesta faixa etária (OGINNI *et al.*, 2019; KASEN; CHEN, 2019; JEONG *et al.*, 2020; ADEWUYA; OLADIPO, 2020; NYUNDO *et al.*, 2020). Estudantes universitários que tinham ideação suicida, apresentaram os índices mais agudos de depressão (PEREIRA; CARDOSO, 2017; PALMA *et al.*, 2020; CHOI; BAE, 2020).

A depressão também mediou a interação entre condições crônicas que tornam pessoas mais vulneráveis ao suicídio, ao comportamento suicida e, em especial, a ideação suicida. Esta associação foi vista em usuários de drogas e pessoas com Esclerose Múltipla no Brasil, mulheres com transtorno de estresse pós-traumático, no Nepal, além de pessoas com o vírus da AIDS, na Etiópia e na Espanha (SILVA *et al.*, 2017; TAUIL *et al.*, 2018; GARRISON-DESANY *et al.*, 2020; ZEWDU *et al.*, 2021; GELABERT *et al.*, 2020). Até mesmo, pessoas cronicamente expostas a partículas poluidoras do ar, em especial partículas de PM 2,5 (partículas inaláveis de, até 2,5 micrômetros), estão mais propensas a ter depressão e, por conseguinte, ideação suicida, na China (CHEN *et al.*, 2020a).

Outro comportamento que pode estar relacionado ao contexto suicida é o transtorno alimentar. Segundo Baquero e colaboradores (2017), juntamente com a intenção suicida, tais transtornos conformam, direta ou indiretamente, comportamentos autolesivos. Neste ponto, é importante situar que indiretamente, o alcoolismo, a direção perigosa, tabagismo, uso de drogas

e os transtornos alimentares podem figurar, dependendo de seu nível e intencionalidade, como um comportamento de “automutilação”, o descaracterizando da compreensão mais comum (cortes na pele e espancamento de unhas, entre outros comportamentos) (BAQUERO *et al.*, 2017). A compulsão alimentar é considerada preditora da depressão e esta da ideação suicida, caracterizada como um comportamento associado ao traço de impulsividade, mais distal à ideia de autoextermínio, mas muito encontrado nas pesquisas sobre o desfecho.

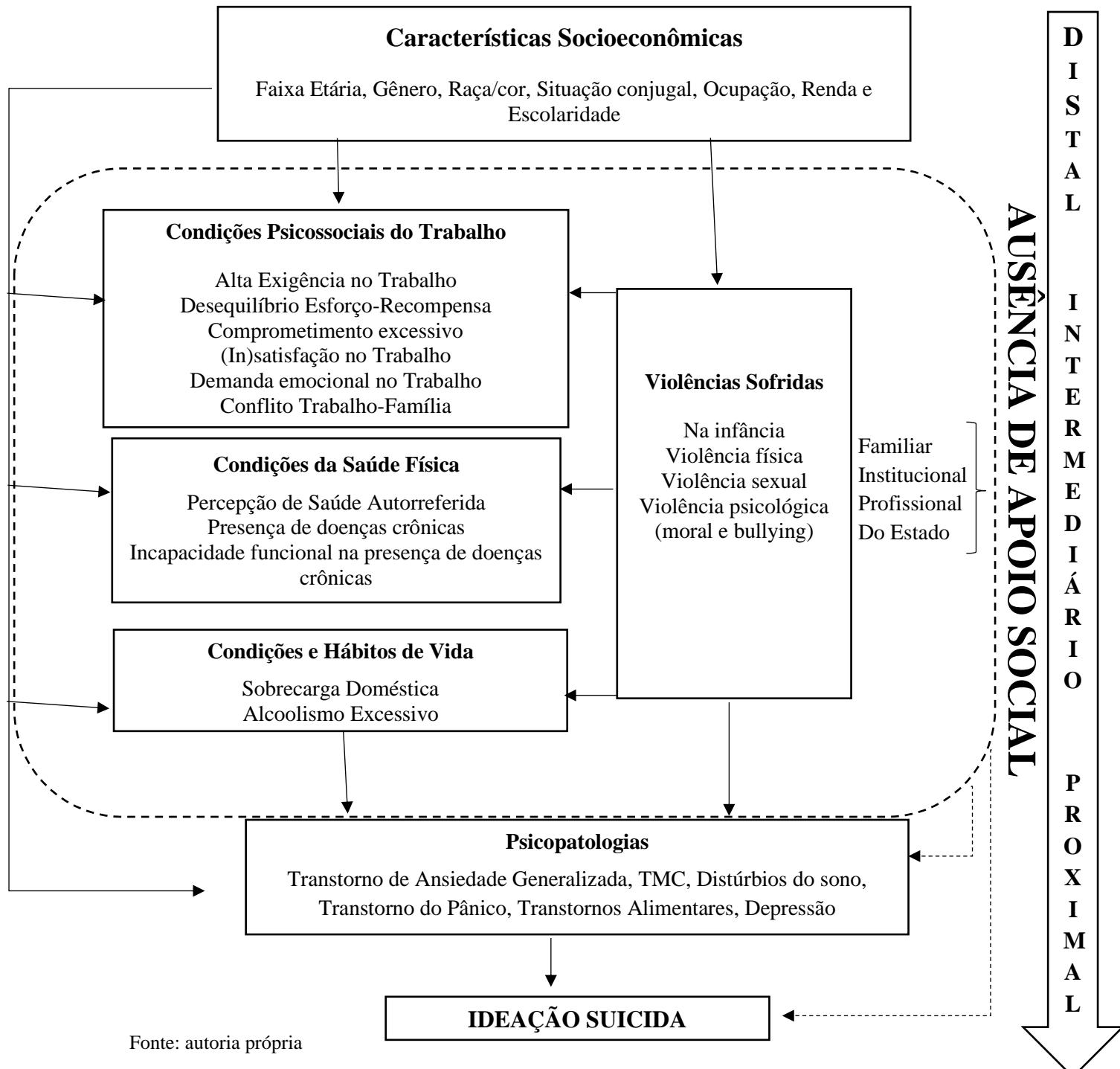
A coexistência entre transtornos alimentares e a comportamentos autolesivos estão bem estabelecidas na literatura, porém mais estudos são necessários sobre mais traços de personalidade e tendências comportamentais presentes nesta relação (SAGIV; GIVON, 2021). Ortiz e Smith (2020) revelam a possível bidirecionalidade entre os transtornos alimentares e a ideação suicida, indicando a complexidade terapêutica sob a perspectiva de temporalidade entre os fenômenos, mas também demonstrando que, direcionar os pensamentos suicidas, possivelmente pode contribuir para a redução do transtorno alimentar, assim como o contrário pode ocorrer. No estudo de Wang e colaboradores (2020) a alimentação restritiva em jovens com transtornos alimentares de baixo peso foi associada à ideação suicida, nos Estados Unidos. Este achado, mais uma vez, desvela a possibilidade de fatores exteriores ao processo patológico, como contribuinte etiológico para o problema, direcionando a reflexão aos modos de consumo da vida e da idealização do próprio corpo, enquanto instrumento para gerar este consumo, como medida de pertencimento e aceitação.

Independentemente do caráter da relação entre a automutilação (em todas as suas facetas) e da depressão, observar suas características mais íntimas, pode indicar um caminho para a percepção do comportamento suicida, principalmente nos indivíduos mais jovens. As chances de desejo suicida são diminuídas na medida em que se fortalece a crença dos indivíduos em sua capacidade de enfrentamento do sofrimento psicológico e das suas causas tangíveis (MEERWIJK; WEISS, 2019).

3.3.7 Modelo teórico-explicativo da ideação suicida

Após revisão de literatura para aproximação da compreensão do fenômeno suicida, com o foco na sua ideação, emergiu proposta teórico-explicativa para o comportamento suicida e que, suplantado pelos dados originários desta revisão, conjuntamente com os dados empíricos provenientes desta pesquisa, posicionam seus fatores predisponentes, conforme esquema apresentado na Figura 5.

Figura 5 – Modelo Teórico-Explicativo do Contexto Suicida



O modelo acima descrito foi um esforço inicial para entender quais as condições mais presentes ao explicar o fenômeno suicida e suas relações, construído a partir desta revisão e dos dados disponíveis, empiricamente, da pesquisa que subsidiava este estudo. O modelo está alicerçado sob a perspectiva de uma estrutura lógica pautada na determinação do processo saúde-doença, proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), incorporado pela OMS (Anexo B) e, atualizado por Solar e Irwin (Anexo C), em 2010 (GARBOIS *et al.*, 2017). Este modelo

aventa-se a explicar o comportamento suicida partindo de características mais distais (socioeconômicas): idade, sexo, escolaridade, estado civil e características ocupacionais; incorpora o histórico de violências sofridas, entendendo que os diversos tipos vivenciados são componentes que se aproximam do comportamento suicida; seguidos de perto por características que definem as condições e os hábitos da vida cotidiana, como alcoolismo, o conflito entre o trabalho e a família, a sobrecarga doméstica e a dupla jornada, além da satisfação consigo próprio(a) e com a vida. Fatores estes que, somatizados, evidentemente dadas as individualidades, provocam as psicopatologias (ansiedade crônica e grave, transtornos mentais comuns (TMC), transtornos alimentares, do sono e do humor, síndrome de Burnout nos trabalhadores e a depressão, mais prevalente nos casos que envolvem o comportamento suicida).

As abstrações caracterizadas em modelos, como o apresentado na Figura 5, precisam ser, aqui, adequadamente dimensionadas, sob a perspectiva de sua adoção como pressuposto teórico suficiente para o entendimento dos fenômenos estudados, coisa que não o são. Estes modelos podem ser considerados como simplistas ou reducionistas, uma vez que tornam estáticas as relações entre as dimensões estabelecidas, pois não trazem o conteúdo dinâmico e crítico do processo de acumulação capitalista e de exclusão social resultantes (LAURELL, 1983; BREILH, 1991, 2013). É importante salientar as potências mutuamente excludentes, cristalizadas no embate entre o modelo de produção vigente e modos de vida, verdadeiramente, saudáveis. Ou seja, a principal crítica dos modelos de determinação social do processo saúde-doença, recai na proposta explicativa que propõem mecanismos de enfrentamento das desigualdades e de suas repercussões na saúde, através de ‘políticas de distribuição de renda para a justiça social’, num cenário que persiste em um sistema de (re)produção do capital que, para existir, precisa do espólio da exclusão e da desigualdade. Ou seja, uma reinvenção, ou manobra, das forças do capital, que obliteram e ludibriam as forças produtivas, numa tentativa de manutenção da paz e das condições sociais amenas para a continuidade da produção capitalista e do processo de acumulação (MARX, 2013). Importante salientar que, discutir os processos de determinação dos processos saúde-doença, é enfatizar como as desigualdades sociais determinam esses processos. Portanto entender quais as circunstâncias em que as populações se desenvolvem, sua historicidade, como elas estão organizadas, suas estruturas hierárquicas e condições existentes, que implicam em construções psicológicas, cognitivas, afetivas e comportamentais, alienados ao processo saúde/doença, são essenciais para a produção do conhecimento neste campo.

Apesar da crítica a tais modelos, pavimentada nas reflexões de Laurell e Breilh, aqui explicadas, tal representação gráfica é ponto de partida para novas reflexões acerca dos desfechos e seus fatores determinantes, no processo saúde-doença. A evolução destes modelos, permeados por novas estruturas técnico-metodológicas, podem apresentar contribuição ainda pouco exploradas na literatura científica, caracterizando novos saberes e novas propostas para o entendimento de fenômenos tão complexos.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Devido ao contexto em que se estrutura a saúde mental no mundo, principalmente devido aos desdobramentos a curto, médio e longo prazo, que a pandemia da Covid-19 deixará de legado à sociedade, todos os investimentos que estruturem avanços na compreensão dos fenômenos associados a esta problemática, ampliarão a disponibilidade de recursos para o enfrentamento mais assertivo das diversas condições que causam sofrimento às pessoas. A Epidemiologia, enquanto ciência que busca avaliar, com base na quantificação, os fenômenos envolvidos nos processos saúde-doença, analisa a distribuição dos agravos e os fatores associados à distribuição observada. Para isto, utiliza um conjunto de métodos e técnicas que evoluem continuamente, ofertando aproximação cada vez maior na compreensão dos fatos estudados. Técnicas estatísticas aliadas ao avanço tecnológico, estruturam modelos mais robustos para a inferência causal e, com isso, possibilita menores incertezas para o processo de tomada de decisão.

Esta tese integra a pesquisa intitulada “Vigilância em Saúde Mental e Trabalho: uma coorte da população de Feira de Santana-Ba”, que teve sua primeira coleta de dados no ano de 2007 e segunda coleta no período de 2018/2019. Neste estudo serão utilizados os dados da pesquisa de 2018/2019 que incluiu 4.170 indivíduos residentes no município, sendo esta amostra representativa da população.

4.1 Tipo de estudo

Esta tese comprehende duas direções metodológicas: (1) um estudo ecológico sobre a mortalidade por suicídio, no Brasil, a ser detalhada no item 4.5.1; e, (2) um estudo transversal de base populacional, de caráter analítico e exploratório, a ser explicado de imediato. Este estudo tem como objetivo geral analisar os fatores associados à ideação suicida na população urbana de Feira de Santana-BA. Serão investigadas as características associadas à ideação suicida em um ponto do tempo, ou seja, serão utilizados os dados coletados no período de 2018/2019, de toda a população amostrada (4.170 indivíduos).

4.2 População do estudo

A população deste estudo é aquela residente na cidade de Feira de Santana – Bahia, que tem, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2021), população estimada em, aproximadamente, 620 mil habitantes, com 416 hab/km², sendo o 34º município mais populoso do país, o segundo do estado e, das cidades não capitais, aquele com maior população circulante do Norte-Nordeste. No ano de 2020, 4.538 pessoas morreram na cidade, com taxa aproximada de 7,3 óbitos, por 1000 habitantes. Até o dia 29 de julho de 2021, 2.682 indivíduos já haviam perdido suas vidas no município neste ano, segundo informações do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) (2021). Vale salientar que estes números são sensíveis à pandemia da Covid-19, sendo que, no total, 945 pessoas perderam a vida por esse motivo no município, desde o início da pandemia, como aponta o Informe Epidemiológico Diário (2021) da cidade. Na Bahia, entre 2010 e 2019, foram registrados 8.833 casos de automutilações e, destes, 5.160 foram casos de suicídio. Em 2019, foram registrados 634 óbitos por suicídio no Estado, sendo o terceiro motivo de causas de morte em jovens brasileiros de 15 a 29 anos. Até setembro de 2020 (data das últimas atualizações da SESAB, no Boletim Setembro Amarelo 2020), 384 pessoas já haviam cometido suicídio (SESAB, 2020a, 2020b).

4.2.1 Seleção da amostra

Para a seleção da amostra, o município foi dividido em subdistritos e foi realizado procedimento de aleatorização, a partir dos dados censitários do IGBE, para a escolha dos domicílios (unidade amostral). O processo de amostragem foi realizado em etapas sucessivas, em que: (1) foi calculada a representação percentual da população por subdistrito; (2) determinou-se, aleatoriamente, os setores censitários em cada subdistrito; e, (3) também aleatoriamente, foram escolhidas as ruas a serem visitados os domicílios para as entrevistas (para cada rua sorteada, todos as casas foram visitadas). Foi estimada uma amostra inicial de 800 indivíduos, conforme apontam Farias e Araújo (2011) nos parâmetros para amostragem por conglomerado; sendo, em seguida, aumentado em 1,5 vezes este tamanho amostral para correção do efeito do desenho do estudo e, considerados os problemas com a coleta que resulte em perdas de informação, acresceu-se, ainda, em 20% à amostra, chegando ao número base de 1.440 indivíduos. Neste estudo serão utilizados os dados da pesquisa de 2018/2019 que incluiu 4.170 indivíduos residentes no município, sendo esta amostra representativa da população.

Considerando que este estudo (transversal) apresenta um desenho diferente do projeto matriz (coorte), foi conduzido novo cálculo amostral considerando como parâmetros: média da população urbana do período de 2018/2019 (620.000 habitantes), prevalência média de 9,2%, para ideação suicida, levando em consideração ser esta a prevalência média da ocorrência deste fenômeno em populações (DENNESON *et al*, 2020), poder de 80%, precisão de 5%, nível de confiança de 99% e efeito de correção de desenho igual 2. A amostra mínima necessária foi estimada em 548 indivíduos, portanto este estudo apresenta tamanho amostral suficientemente representativo.

4.2.2 Critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão)

Foram considerados elegíveis ao estudo, todos os indivíduos residentes nos domicílios visitados, que tivessem 15 anos ou mais, de idade e que estivessem dispostos a participar da pesquisa.

4.3 Coleta de dados

O questionário utilizado na coleta de dados foi composto por oito blocos de perguntas, que abordaram: características sociodemográficas e de trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, trabalho no lar, saúde reprodutiva, avaliação de saúde mental, outras informações de saúde (morbidades), hábitos de vida (alcoholismo, tabagismo, atividade física e de lazer), problemas com o sono e atos de violência. Estes blocos apresentam as variáveis consideradas de exposição (independentes), a serem descritas e exploradas, sendo verificadas suas relações com a variável de desfecho (dependente): ideação suicida. O questionário utilizado está disposto no Anexo D e as variáveis deste estudo, apresentadas na Tabela 1, no item 4.4.

Para a coleta de dados, uma equipe de entrevistadores foi treinada no Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana – Ba, antes da imersão no trabalho de campo. As entrevistas ocorreram no domicílio dos sujeitos entrevistados, face-a-face e de forma em que a privacidade fosse garantida, estando apenas entrevistador e sujeito entrevistado no ambiente. Todos os moradores do domicílio visitado, elegíveis para participarem da entrevista, foram convidados a responderem o questionário. Caso um morador elegível não estivesse presente, outras duas tentativas de visitas eram realizadas, sendo apenas após a terceira tentativa sem sucesso, considerada perda. A duração de cada entrevista apresentou média de 45

minutos, observando-se variações deste tempo, dependendo da capacidade de compreensão de cada sujeito pesquisado.

4.4 Variáveis do estudo

A variável dependente do estudo é a ideação suicida. Sua prevalência será determinada diretamente, através de uma questão presente no questionário utilizado nas entrevistas. A resposta positiva será considerada ‘caso’ para a ideação suicida. A questão tem possibilidade de resposta dicotomizada (Sim/Não), parte do instrumento SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire-20*), pergunta número 17 (“Tem tido a ideia de acabar com a própria vida?”). Importante salientar que, a resposta positiva se refere a ocorrência da ideação nos últimos 30 dias.

As variáveis independentes deste estudo, consideradas são:

- Características sociodemográficas: sexo, idade, situação conjugal, ter filhos, escolaridade, raça/cor, renda mensal e renda mensal familiar;
- Características laborais: situação de trabalho, tempo de trabalho em anos, quantidade de dias de trabalho por semana, carga horária semanal, turno(s) de trabalho e tipo de vínculo;
- Aspectos psicossociais do trabalho: controle sobre o trabalho, demanda psicológica do trabalho, modelo demanda-controle, suporte social no trabalho, esforço no trabalho, recompensa no trabalho, equilíbrio esforço-recompensa, comprometimento no trabalho, satisfação no trabalho, demanda emocional no trabalho e conflito trabalho-família;
- Atividades domésticas: carga horária de atividades domésticas semanais, apoio para realizar as atividades, desequilíbrio esforço-recompensa doméstico, sobrecarga doméstica;
- Lazer e satisfação pessoal: suficiência de atividades de lazer autorreferida, satisfação com relações pessoais e satisfação consigo próprio;
- Hábitos de vida: dependência do uso de álcool e hábito de fumar;
- Estado de saúde física: estado de saúde autorreferida, presença de doenças crônicas, tipo de doença crônica e nível de capacidade funcional na presença de doença crônica;

- Estado de saúde mental: transtorno mental comum, sintomas somatoformes, depressão, ansiedade, transtorno de humor e do pânico, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar;
- Qualidade do sono;
- Histórico de violência sofrida: física, psicológica, sexual e quando criança.

Boa parte das variáveis supracitadas são dimensionadas por instrumentos psicométricos, de rastreio epidemiológico (não substitutivos da abordagem clínica) e que oferecem impressões diagnósticas para diversas psicopatologias, com acurácia aceitável e validados para uso no Brasil.

Para a verificação da demanda psicológica e do controle no trabalho, além do suporte social no trabalho, foi utilizado o *Job Content Questionnaire* (JCQ) que, originalmente, apresenta 49 questões, possibilitando o entendimento de, além do controle e da demanda psicológica, suporte social proveniente da chefia e dos colegas de trabalho, demanda física e insegurança no trabalho. Este instrumento foi validado no Brasil por Araújo e Karasek (2008). As dimensões utilizadas para este trabalho envolvem vinte questões, sendo cinco para verificar a demanda psicológica, nove para o controle sobre o trabalho e seis questões, para o suporte social (provenientes da chefia e dos colegas de trabalho). O JCQ apresenta respostas em escala Lickert com quatro dimensões (1 – discordo fortemente, 2 – discordo, 3 – concordo, 4 – concordo fortemente). Para as duas primeiras dimensões, são calculados seus escores, estabelecendo as quatro dimensões do modelo demanda-controle, caracterizados em: baixa exigência (alto controle e baixa demanda); trabalho ativo (alto controle e alta demanda); trabalho passivo (baixo controle e baixa demanda); e, alta exigência (baixo controle e alta demanda psicológica), que caracteriza a principal exposição para a ideação suicida, sugerida neste estudo. Para a dicotomização das dimensões citadas, é utilizado o corte na média, ou mediana (dependendo da normalidade do escore calculado) (ARAÚJO *et al.*, 2003).

Para estabelecer o (des)equilíbrio esforço-recompensa e o comprometimento (ou seu excesso) com o trabalho, o instrumento utilizado foi o *Effort Reward Questionnaire* (ERI), que utiliza escala Lickert similar ao JCQ. O ERI foi validado no Brasil por Chor e colaboradores (2008). As dimensões deste instrumento são: esforço no trabalho (seis questões), que funciona como um contrato social em que as recompensas no trabalho precisam, minimamente, equivaler-se ao esforço empreendido; a recompensa no trabalho (10 questões), que dimensionam dinheiro, estima, oportunidades e segurança no emprego; e, comprometimento excessivo com o trabalho (seis questões). O procedimento para a determinação dos escores que

dicotomizam as dimensões citadas é o mesmo usado no JCQ (através da média ou mediana de cada dimensão). O desequilíbrio esforço-recompensa se dá a partir da relação entre essas duas dimensões, conforme proposto por Siegrist (2012), em que a escala é calculada pela razão entre esforço e recompensa multiplicada por um fator de correção (0,5454), em que o resultado maior que um (1) determina o desequilíbrio (exposição para este estudo) (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2018).

De forma similar, o desequilíbrio esforço-recompensa e o comprometimento excessivo no trabalho doméstico, serão dimensionados. A versão traduzida e adaptada ao Brasil foi elaborada por Vasconcellos e colaboradores (2016). A escala do desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho doméstico descendo do ERI, anteriormente descrito, diferenciado pelas dimensões por se tratar do ambiente de trabalho doméstico. Sendo, neste caso, evidente entender que, apesar do instrumento poder ser aplicado universalmente, questões de sexo são pulsantes e requerem atenção devida, nas discussões de seus resultados. O instrumento consta de 22 questões, subdivididas em: comprometimento excessivo (5 itens); esforço (7 itens) e recompensa (10 itens), com respostas ordenada em escala Lickert de 1 (discordo fortemente) à 4 (concordo fortemente). Para o comprometimento excessivo, a soma proveniente desta dimensão, tem ponto de corte em 12, indicando que, acima deste valor, há comprometimento excessivo e abaixo, não. Já para o desfecho principal, o estresse proveniente do desequilíbrio esforço e recompensa, é calculado pela razão entre esforço e recompensa, multiplicado por um fator de correção. Este fator é flutuante, de acordo com duas condições que podem ou não existir, que são: ter, ou não filho(s) e ter, ou não, companheiro(a). No caso de as duas condições existirem, o fator de correção 0,70; já quando o indivíduo tiver companheiro(a) e não tiver filho(s), ou o inverso, não se adota o uso de fator de correção; e, no caso de ocorrer de ambas as condições existirem, o fator de correção utilizado é 1,75 (VASCONSELLOS, 2018). O corte para dicotomizar o resultado em situação de desequilíbrio é 1,0, para esta escala, orientando que, valores próximos a zero indicam situação baixo ou nenhum estresse (suposto equilíbrio) e valores acima de um apontando alto estresse, ou o desequilíbrio, importante indicador deste estudo.

A satisfação com o trabalho foi estimada diretamente por seu quesito, com possibilidades de respostas apresentadas sob uma escala Lickert com cinco pontos, variando de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito” e que será dicotomizada, considerando a insatisfação através das respostas: “muito insatisfeito”, ou “insatisfeito”.

O conflito trabalho-família foi estimado a partir de quatro questões, em que: duas visibilizam a interferência do trabalho na vida familiar, uma questão para a situação contrária e, a última, verifica a interferência do trabalho no tempo para o autocuidado. As possibilidades de resposta são em escala Lickert de cinco pontos, variando entre “Muito frequentemente” (4) a “Nunca, ou quase nunca” (0). Para a dicotomização do escore calculado em: ‘conflito baixo ou nulo’ (0) e ‘conflito alto’ (1), o ponto de corte é nove, para a soma das respostas (PINTO, 2013).

Foi utilizado o instrumento CAGE, para a determinação da dependência ao álcool. Composto por quatro questões (anagrama para *Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye opened*). As respostas são no modelo ‘Sim/Não’ e a condição positiva para dependência alcoólica (considerada exposição para este estudo) é definida através de, pelo menos, duas respostas afirmativas. Este instrumento foi validado no Brasil em 1983, por Masur e Monteiro (1983) (DA PAZ FILHO *et al.*, 2001).

Os transtornos mentais comuns (TMC) foram avaliados através do instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), validado no Brasil (PALÁCIOS *et al.*, 2008). Este instrumento foi criado pela OMS para detecção de sintomas de transtornos psíquicos em populações de países em desenvolvimento. É composto por vinte perguntas, com possibilidade de respostas ‘Sim/Não’ e pontos de corte distintos por sexo, sendo cinco ou mais respostas positivas para homens e sete para mulheres, como caso para TMC (SANTOS *et al.*, 2010).

Outros transtornos mentais foram avaliados através do conjunto de instrumentos do *Patient Health Questionnaire* (PHQ). Este instrumento apresenta módulos de humor, ansiedade, depressão, transtornos somatoformes e transtornos alimentares. Os algoritmos que definem os diagnósticos epidemiológicos foram utilizados diretamente via seu manual (<https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10016261/f/201412/instructions.pdf>).

O PHQ-15 avalia quinze sintomas somáticos que definem o transtorno somatoform, explicado como, de forma mais ampla, o conjunto de sintomas físicos de origem psíquica. Suas respostas são dispostas em escala Lickert de três pontos, variando em zero (0) para ‘nenhum incômodo’ à um (1) para ‘muito incomodo’, em cada item. O somatório dos itens define o escore que pode ser balizado pelos pontos de corte: entre 5 e 10, sintomas leves; entre 10 e 15, sintomas moderados; acima de 15, sintomas graves. Para a dicotomização, utiliza-se o ponto de corte em dez pontos, sendo maior igual a este ponto, sintomas somatoformes considerados graves (KROENKE *et al.*, 2002).

O PHQ-9 avalia transtorno depressivo maior, com nove questões que apresentam possibilidades de resposta em escala Lickert de quatro dimensões: nenhum dia (0), menos de uma semana (1), uma semana ou mais (2) e quase todos os dias (3). Seu escore é calculado através da soma de suas respostas, que podem variar de 0 a 27 pontos, em que quanto maior, mais grave é o nível da depressão. Também são utilizados os pontos de corte 5, 10 e 15, para caracterizar os níveis de depressão, sendo: de 0 a 4, sem sintomas depressivos; de 5 a 9, sintomas leves; de 10 a 14, sintomas moderados; de 15 a 19, moderadamente severos; e, acima de 19, sintomas graves. Assim como para o PHQ-15, o ponto de corte que dicotomiza o transtorno depressivo maior entre moderado/grave e leve, é maior ou igual a 10 (ALBERT *et al.*, 2009).

Para diagnóstico de Síndrome do Pânico, o PHQ apresenta dois módulos (itens 3 e 4 do questionário – Anexo D), sendo o primeiro com quatro questões e o segundo com onze questões, todos com possibilidades de resposta ‘Sim/Não’. Para caracterizar a síndrome é necessário que as quatro questões do primeiro módulo sejam respondidas positivamente e, pelo menos, quatro, ou mais, do segundo módulo. O módulo de Transtorno de Ansiedade (item 7 do questionário – Anexo D), contém sete questões, organizadas em escala Lickert de três pontos, que varia de ‘nenhum dia’ (0) à ‘mais que a metade dos dias’ (2). Para se considerar positivo para transtorno de ansiedade, o somatório das respostas tem que ser maior ou igual a sete. Já para os transtornos alimentares (transtorno de compulsão alimentar e bulimia nervosa), os itens 5 e 6 do questionário (Anexo D), respectivamente, estimam. Para tal, as três questões, para transtorno de compulsão alimentar e as quatro, para bulimia nervosa, precisam ser respondidas, todas, positivamente (Sim). Todas as instruções descritas são encontradas no manual online do PHQ (2022). A Síndrome do Pânico, o Transtorno de Ansiedade e os Transtornos Alimentares são exposições a serem testadas para associação com a ideação suicida.

Com relação a avaliação da qualidade do sono, foi utilizado o *Mini-Sleep Questionnaire* (MSQ), traduzido para o português e validado por Falavigna e colaboradores (2011). Este instrumento é composto por dez questões de escala Lickert variando entre um (nunca) e sete (sempre). A pontuação mais alta indica maiores problemas de qualidade do sono, em que pode ser apresentada em quatro níveis: sono bom (10 a 24 pontos), sono levemente alterado (25 a 27 pontos), sono moderadamente alterado (28 a 30 pontos) e sono muito alterado (maior ou igual a 31 pontos). Neste estudo, a distinção da qualidade do sono será dicotomizada, entre: boa qualidade do sono (de 10 a 27 pontos) e má qualidade do sono (acima de 27 pontos, exposição para esta pesquisa) (FREITAS *et al.*, 2021).

Para a melhor compreensão sobre as variáveis avaliadas para a associação com a ideação suicida, segue o Quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis do estudo e categorizações possíveis.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	RECATEGORIZAÇÃO
Características Sociodemográficas		
Sexo	Feminino Masculino	
Idade	Variável contínua	15-24 25-59 ≥60
Situação conjugal	Solteiro(a) Casado(a) União estável Separado(a)/divorciado(a)/desquitado(a) Viúvo(a)	Sem companheiro(a) Com companheiro(ao)
Ter filhos	Sim Não	
Escolaridade	Nunca foi à escola Ensino Fundamental (1 ^a a 4 ^a série) Ensino Fundamental (5 ^a a 8 ^a série) Ensino Médio Ensino Técnico Ensino Superior incompleto Ensino Superior completo	Nunca foi à escola Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior
Raça/cor	Preto Pardo Branco Amarelo/oriental Indígena	Negros (pretos e pardos) Não-negros (brancos, amarelos e indígenas)
Renda mensal	Variável contínua	≤1 salário mínimo 1-3 salários mínimos 3-5 salários mínimos ≥5 salários mínimos
Renda mensal familiar	Variável contínua	<3 salários mínimos ≥3 salários mínimos
Características Laborais		
Situação de Trabalho	Trabalhando ou empregado Não está trabalhando ou desempregado	
Tempo de trabalho em anos	Variável contínua	<5 anos ≥5 anos
Tipo de vínculo	Oral Escrito Serviço Público Autônomo	
Quantidade de dias de trabalho por semana	Variável contínua	≤5 dias 6-7 dias

Quantidade de horas de trabalho por dia	Variável contínua	≤8 horas >8 horas
Turnos de trabalho por dia	Diurno fixo Noturno fixo Diurno e noturno (alternante) Revezamento de turnos Outros	Turnos instáveis (flutuantes) Turnos estáveis
Aspectos Psicossociais do Trabalho		
Controle sobre o trabalho	Baixo controle Alto controle	
Demandas psicológicas	Baixa demanda Alta demanda	
Modelo Demanda-Controle	Trabalho ativo Trabalho passivo Alta exigência Baixa exigência	Alta exigência Outras variações entre demanda e controle
Supporte social no trabalho	Baixo suporte Alto suporte	
Esforço no trabalho	Alto esforço Baixo esforço	
Recompensa no trabalho	Alta recompensa Baixa recompensa	
Relação esforço-recompensa	Equilíbrio (ausência de estresse no trabalho) Desequilíbrio (estresse no trabalho)	
Comprometimento excessivo	Ausência Presença	
Satisfação no trabalho	Muito insatisfeito(a) Insatisfeito(a) Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a) Satisfeito(a) Muito satisfeito(a)	Descontente, indiferente (muito insatisfeito à nem um, nem outro) Satisfeito(a) (satisfeito(a) ou muito)
Conflito Trabalho-Família	Muito frequentemente Frequentemente Às vezes Raramente Nunca, ou quase nunca	Baixo conflito, ou conflito nulo Alto conflito
Atividades domésticas		
Carga horária doméstica semanal	Variável contínua, em horas de trabalho doméstico semanal autorrelatado	
Apoio para realizar atividades domésticas	Ninguém Empregado(a) Marido/companheiro Esposa/companheira Outra mulher Outro homem Outra mulher/outro homem Não faz atividade doméstica	Tem apoio Não tem apoio
Esforço no trabalho doméstico	Alto esforço doméstico	

	Baixo esforço doméstico	
Recompensa no trabalho doméstico	Alta recompensa decorrente do trabalho doméstico Baixa recompensa decorrente do trabalho doméstico	
Desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho doméstico	Equilíbrio (ausência de estresse no trabalho doméstico) Desequilíbrio (estresse no trabalho doméstico)	
Comprometimento excessivo no trabalho doméstico	Ausência Presença	
Lazer e satisfação pessoal		
Suficiência de atividades de lazer autorreferida	Lazer suficiente Lazer insuficiente	
Satisfação com relações pessoais	Muito insatisfeito(a) Insatisfeito(a) Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a) Satisfeito(a) Muito satisfeito(a)	Descontente, indiferente (muito insatisfeito à nem um, nem outro) Satisfeito(a) (satisfeito(a) ou muito)
Satisfação consigo próprio		
Qualidade de vida autorreferida	Muito ruim Ruim Nem ruim, nem boa Boa Muito boa	Ruim ou indiferente (Muito ruim à nem ruim e nem boa) Boa (Boa e muito boa)
Hábitos de vida		
Dependência alcoólica	Dependente Não dependente	
Tabagismo	Fumante Não fumante	
Estado de saúde física		
Estado de saúde autorreferida	Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim	Boa saúde Regular ou ruim
Presença de doenças crônicas	Tem doença crônica Não tem doença crônica	
Tipo de doença crônica	Diabetes Colesterol alto Obesidade Pressão alta Câncer Cardiopatia Doença na tireoide IST (Infecções sexualmente transmissíveis) Distúrbio do Sono Hanseníase Tuberculose	Tem doença crônica Não tem doença crônica

	DAD (Doenças articulares degenerativas) DORT (Doença osteomuscular relacionada ao trabalho) Dores de coluna AIDS (Síndrome da imunodeficiência adquirida)	
Capacidade funcional na presença de doença crônica	Não há impedimento Capaz, com alguns sintomas Capaz, algumas vezes em menor ritmo Capaz, frequentemente em menor ritmo Capaz, em tempo parcial Incapaz	Não há impedimento Impedimento parcial Impedimento total
Estado de saúde mental		
TMC	Apresenta TMC Não apresenta TMC	
Sintomas somatoformes	Não tem sintomas Sintomas leves Sintomas moderados Sintomas graves	Não tem ou apresenta sintomas leves Sintomas graves
Depressão	Não tem depressão Sintomas depressivos leves Sintomas depressivos moderados Sintomas moderadamente severos Sintomas graves	Não tem ou apresenta sintomas leves Sintomas moderados e graves
Síndrome do pânico	Apresenta Síndrome do pânico Não tem Síndrome do pânico	
Transtorno de Ansiedade	Tem transtorno de ansiedade Não tem transtorno de ansiedade	
Transtorno de compulsão alimentar	Tem transtorno de compulsão alimentar Não tem transtorno de compulsão alimentar	
Bulimia Nervosa	Tem bulimia nervosa Não tem bulimia nervosa	
Qualidade do sono		
Qualidade do sono	Sono bom Sono levemente alterado Sono moderadamente alterado Sono muito alterado	Boa qualidade do sono Má qualidade do sono
Histórico de violência sofrida		
Violência física	Sofreu violência física Não sofreu violência física	
Violência psicológica	Sofreu violência psicológica Não sofreu violência psicológica	
Violência sexual	Sofreu violência sexual Não sofreu violência sexual	
Violência quando criança	Sofreu violência quando criança Não sofreu violência quando criança	

Fonte: autoria própria.

4.5 Procedimentos de análise de dados e produtos da pesquisa

As análises deste estudo foram desenvolvidas em três etapas, que refletiram os principais produtos desta pesquisa. Foram elaborados três manuscritos com objetivos gerais que buscam se aproximar da melhor compreensão do contexto suicida. Inicialmente, buscou-se conhecer o perfil do suicídio no Brasil, a partir de dados do SIM e do IBGE, com foco nas características socioeconômicas. Os outros dois têm como propósito de descortinar os fatores associados a ideação suicida a partir de dados de uma amostra de população urbana e subsidiar novas discussões que promovam a construção de conhecimentos e apoiem a melhor tomada de decisão frente a este problema de saúde pública, tão extremo, como a ideia do suicídio. Para tal, considerou-se que, a frequência do suicídio e sua série temporal no Brasil, representam sustentação empírica importante para as análises e discussões. As especificidades dessas etapas, que definirão os artigos desta tese, são descritas e apresentadas a seguir.

4.5.1 Fase 1: Caracterização do suicídio no Brasil, em 2020, e sua série histórica de 2010 a 2020.

Foi realizado estudo ecológico, com finalidade descritiva. Este tipo de estudo permite obter estimativas de mortalidade considerando sua distribuição e tendência temporal dos eventos de interesse.

Neste estudo, foram utilizados dados provenientes do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), considerando as causas externas, acessados por meio do Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador (ISC-UFBA/CGSAT-MS/SIM) (CCVISAT, 2020). Para serem conhecidos os dados referentes aos casos de suicídio, foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças (CID), versão 10 e selecionados os códigos que contemplam o evento de interesse. As causas externas são representadas por traumas, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, intencionais ou não, de natureza exógena. No SIM, tais causas resultam no óbito do indivíduo. Os códigos que indicam suicídio são: X60 a X84. Em seguida, foram selecionados os casos de indivíduos entre 14 e 65 anos (faixa etária da População Economicamente Ativa - PEA). Por fim, foram incluídos no estudo, os indivíduos com o campo da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) identificado.

Para a identificação das ocupações formais, foi utilizada a Classificação Brasileira de Ocupações, disponibilizada pelo Ministério do Trabalho (<http://www.mtecb.gov.br/cbosite/pages/downloads.jsf>).

Com o objetivo de avaliar a tendência temporal de suicídio, foram estimadas as frequências de suicídios no período de 2010 a 2020, estratificados por gênero e para municípios com as maiores ocorrências. Com o intuito de desenvolver análise descritiva da distribuição das ocorrências segundo variáveis sócio-ocupacionais, foram analisados os dados relativos ao ano de 2020. Para este ano a análise incluiu as seguintes variáveis: características sócio-ocupacionais (gênero, faixa etária, raça/cor, estado civil, escolaridade e tipo de ocupação) e método suicida perpetrado.

Os estratos das variáveis de interesse foram consideradas da seguinte forma: sexo (masculino e feminino); faixa etária (14 a 29 anos; 30 a 49 anos; 50 anos ou mais); Raça/cor (brancos, negros (pardos e pretos), indígenas e amarelos); Estado civil (Solteiro(a), casado(a), união consensual, separado(a) judicialmente, viúvo(a)), dicotomizada em: com companheiro(a) e sem companheiro(a), uma vez que, a literatura mundial aponta que pessoas sem companheiro(a) apresentam risco aumentado para o suicídio; e, Escolaridade em anos concluídos de estudo (Nenhum, 1 a 3 anos - Fundamental 1, 4 a 7 anos – Fundamental 2, 8 a 11 anos - Médio, 12 ou mais anos - Superior).

Para a série temporal dos casos de suicídio, entre 2010 e 2020, foram estimadas as taxas anuais e calculadas as variações proporcionais percentuais (VPP) para o período.

Para os cálculos das taxas de mortalidade por suicídio, foram utilizados dados populacionais, de trabalhadores economicamente ativos (por gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade e raça/cor) e de agrupamentos ocupacionais específicos, com base no Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA) e de dados da PNAD contínua. Foram calculadas as projeções para os estratos em que não foi possível a identificação direta do dado (população estratificada por gênero e estado civil, com 14 anos ou mais), por meio das informações censitárias dos anos de 2010 e 2000, pelo método geométrico de taxa de crescimento populacional, orientada pelo DATASUS.

A análise incluiu as frequências de suicídio por grandes grupos de ocupação, priorizando aqueles com maior ocorrência no ano de 2020, bem como estimadas as frequências de casos considerados perdidos e ignorados, para dimensionar os problemas de notificação.

A análise foi conduzida em duas direções: (a) Análise da tendência temporal do suicídio em trabalhadores no Brasil, entre 2010 e 2020; (b) Análise das características sócio-ocupacionais do suicídio em trabalhadores no Brasil em 2020.

4.5.2 Fase 2: Estudo empírico sobre os fatores associados a ideação suicida na população urbana de Feira de Santana – Ba.

Os três artigos provenientes desta fase, foram estabelecidos a partir da estrutura metodológica explicada a partir de agora:

Estudo transversal, com dados oriundos da segunda onda da coorte prospectiva intitulada “Vigilância em saúde mental e trabalho: uma coorte da população de Feira de Santana-BA”, já mencionada anteriormente.

A amostra deste estudo foi composta por 4.170 indivíduos, com 15 anos de idade ou mais, residentes em zona urbana do município de Feira de Santana, Bahia, Brasil. A técnica para a seleção dos participantes foi por amostragem complexa, estratificada de acordo com os cinco subdistritos do município, estabelecendo-se sorteio de conglomerados em dois estágios (setores censitários e ruas).

Neste estudo foram analisadas variáveis investigadas em parte dos blocos temáticos do questionário aplicado na segunda onda de coleta da coorte: Características sociodemográficas: gênero, faixa etária, raça/cor autorreferida, situação conjugal, ocupação, renda mensal e escolaridade; Violências sofridas: vivência de violência emocional ou física nos últimos 24 meses, vivência de violência quando criança; Condições de saúde: percepção de saúde autorreferida, presença de doenças crônicas diagnosticadas e referidos pelo entrevistado.

4.5.2.1 Fatores associados à ideação suicida em população urbana

Um modelo teórico foi estabelecido a partir de ampla revisão da literatura internacional, em que foi estabelecida uma estrutura ordenada através de blocos de variáveis dispostas por proximidade à ideação suicida.

O bloco mais distal envolveu as características socioeconômicas: faixa etária, gênero, raça/cor, situação conjugal, ocupação, renda e escolaridade. O bloco intermediário foi estruturado em quatro subestruturas com dois níveis diferentes de proximidade para a ideação suicida. No primeiro nível estavam: (a) vivência de violência (violência física e/ou emocional

e na infância); (b) condições de saúde (percepção da saúde autorreferida, presença de doenças crônicas e incapacidade funcional na presença de doenças crônicas); e, (c) hábitos de vida (sobrecarga doméstica, consumo excessivo de álcool e prática de lazer). No segundo nível do bloco intermediário, mais próximo ao desfecho estudado, foi definida a insatisfação global, composta pela insatisfação com as relações sociais, consigo mesmo e com a qualidade de vida. O último bloco, mais proximal a ideação suicida, foi das psicopatologias: transtorno de ansiedade generalizada, distúrbios do sono, transtorno do pânico, transtornos somatoformes, transtornos alimentares e a depressão.

4.5.2.2 Fatores associados a ideação suicida segundo distinções pelas fases da vida

Os estratos etários foram divididos da seguinte forma: 15 a 24 anos; 25 a 59 anos; 60 anos, ou mais. O recorte se deu pela compreensão de que o trabalho figura de forma central na formulação dos interesses das pessoas, principalmente a partir dos 25 anos até os 60. Estando as outras duas categorias sendo compostas por fases em polos com prioridades distintas.

Foram estimadas as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas de interesse, estimativas de prevalência geral de ideação suicida e segundo as variáveis independentes, para cada faixa etária (fases da vida).

4.5.2.3 Determinantes da ideação suicida em trabalhadores e trabalhadoras

Para esta fase, foi realizado um estudo transversal com uma amostra selecionada incluindo apenas trabalhadores e trabalhadoras, totalizando 1.629 pessoas, oriundas das 4.170 pessoas entrevistadas da segunda onda da coorte prospectiva intitulada “Vigilância em saúde mental e trabalho: uma coorte da população de Feira de Santana-BA”. A análise realizada foi por equações estruturais.

Foi elaborado, inicialmente, um modelo estrutural de determinantes da ideação suicida em trabalhadores(as) para, a partir dele, ser realizado os procedimentos analíticos. A hipótese principal é que a insatisfação global tem efeito direto sobre a ideação suicida em trabalhadores(as) e é mediadora do efeito indireto dos demais fatores (gênero, renda mensal, prática de atividades de lazer, vivência de violência física ou emocional e estressores ocupacionais).

A insatisfação global foi definida como um construto latente a partir das seguintes variáveis: insatisfação com a capacidade para o trabalho; insatisfação com as relações pessoais; insatisfação consigo mesmo; insatisfação com a qualidade de vida; e, insatisfação com a saúde. As outras variáveis foram diretamente observadas, sendo que foi considerado estressor ocupacional a demanda emocional com o trabalho e o comprometimento excessivo com o trabalho.

4.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa

A pesquisa (PPSUS-TO 0028/2018) da qual este estudo está incorporado é financiada pela FAPESB/SESAB/CNPQ/MS (Edital 003/2017) e aprovada pelo CEP/UEFS (CAE: 74792617.4.0000.0053) sob parecer consubstanciado nº 2.420.653.

4.7 Limitações identificadas

Evidentemente, todos os estudos apresentam limitações, sendo essencial os cuidados com todo o processo de planejamento, desde o embasamento teórico-metodológico, construção do instrumento, planejamento de pesquisa de campo, com capacitação dos envolvidos, preocupações éticas, construção da base de dados, modernização dos métodos analíticos, com controle dos confundimentos, até a análise de resultados. Em todas as etapas as possibilidades de erros, bem como as limitações estruturais e operacionais, podem ser inúmeras e não percebidas *a priori*. A busca no conhecimento destas possibilidades e o prévio planejamento, mitigam seus efeitos nos resultados e nas análises e, quando isso não é suficiente, minimamente, espera-se a apresentação das situações que podem comprometer a qualidade destes resultados.

Para esta pesquisa, pode-se identificar que, na coleta dos dados, as informações do desfecho deste estudo podem ter sido subestimadas, uma vez que há a interlocução entre o coletador e o respondente, não havendo a privacidade necessária para o reconhecimento de algo que gera vergonha e tantos estigmas, como é a ideação suicida. Da mesma forma, pessoas em sofrimento, mas que não apresentam a IS, com o intuito de dar a atenção necessária ao seu sofrimento, pode ter respondido positivamente a este desfecho. Por ser um evento considerado de baixa prevalência, as análises estatísticas, em alguns procedimentos apresentaram limitações para abordagens mais robustas.

A própria natureza complexa da ideação suicida, como sendo um fenômeno que sofre influência de fatores que, nesta pesquisa, não tenham sido analisados e permanecem ocultas, apontam para a necessidade de mais estudos que descortinem estas condições. O próprio

desenho transversal, utilizado neste estudo, não leva em consideração o quesito de temporalidade, condição básica para a determinação causal do fenômeno estudado.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta tese estão apresentados no formato de artigos. Eles seguem as fases metodológicas orientadas no item 4 (Métodos) deste documento e estão na seguinte sequência:

- Artigo 1: “A morte ronda o cotidiano no trabalho: análise do suicídio entre trabalhadores e trabalhadoras no Brasil” – a ser enviado para o periódico: Ciência & Saúde Coletiva (Qualis A1).
- Artigo 2: “Fatores associados à ideação suicida em população urbana” – a ser enviado para o periódico: Cadernos de Saúde Pública (Qualis A1);
- Artigo 3: “Fatores associados a ideação suicida em populações urbanas: existem diferenciais segundo as fases da vida?” – a ser enviado para o periódico: *American Journal of Public Health* (Qualis A1);
- Artigo 4: “Determinantes da ideação suicida em trabalhadores e trabalhadoras: uma abordagem de modelagem com equações estruturais” – a ser enviado para o periódico: *Work and Stress* (Qualis A1);

O artigo 1 concentrou-se nos dados de suicídio no Brasil, a partir de dados do Sistema de Informação de Mortalidade, com o objetivo de caracterizar estes eventos e entender suas diferenças nos trabalhadores e trabalhadoras. O artigo 2 avaliou os fatores associados à ideação suicida a partir de blocos ordenados por proximidade deste desfecho. O artigo 3 objetivou apresentar uma análise mais ampla da ideação suicida, a partir dos dados empíricos da coorte apresentada, com o foco nos diferenciais etários e sua estrutura ordenada para explicar a ocorrência do desfecho. O artigo 4 apresentou efeitos totais, diretos e indiretos, estruturado em uma análise por equações estruturais. Os caminhos identificados possibilitaram a discussão sobre diferenciais de gênero no trabalho, bem como as características que produzem a insatisfação global, exposição principal para a ideação suicida. A seguir estão apresentados os resultados por artigo.

5.1 Artigo 1

A MORTE RONDA O COTIDIANO NO TRABALHO: análise do suicídio entre trabalhadores e trabalhadoras no Brasil

RESUMO

Este estudo analisou a taxa de suicídios no Brasil a partir dos dados notificados no SIM, com ênfase nas suas características sócio-ocupacionais. É um estudo ecológico que avalia os óbitos em 2020, com foco nos aspectos relacionados ao trabalho e descreve a tendência temporal de suicídio, no período de 2010 a 2020. Há tendência crescente sustentada, com aumento de mortes de 60,1%, sendo 62,8% para homens e 51,4% para mulheres. Ocorreram 5,3 suicídios a cada 100 mil pessoas em idade ativa. Características sócio-ocupacionais demonstram padrões estabelecidos na ocorrência dos casos. O risco do suicídio foi 2,5 vezes maior em homens. O paradoxo do gênero ganha relevo neste contexto: mulheres tem mais ideação, mas os homens são mais efetivos nas tentativas. O risco na população indígena brasileira foi de 15,2 a cada 100 mil. Os trabalhadores da agricultura se destacaram, com suas características escrutinadas nesta pesquisa e com taxa de 18,4 suicídios a cada 100 mil trabalhadores do setor. Os métodos suicidários refletiram que o fácil acesso a estes é determinante na sua escolha. Este estudo demonstra como os mecanismos de proteção social têm falhado e escancara a vulnerabilidade dos trabalhadores(as) brasileiros(as) para o evento mais trágico proveniente do sofrimento no trabalho.

Palavras-chave: Suicídio, Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Saúde da População Rural, Saúde Mental

ABSTRACT

This study analyzes the suicide rate in Brazil based on data reported on the SIM, with emphasis on their socio-occupational characteristics. It is an ecological study that evaluates deaths in 2020, focusing on work-related aspects and describes the temporal trend of suicide, in the period from 2010 to 2020. There is a sustained growing trend, with an increase in deaths of 60.1%, 62.8% for men and 51.4% for women. There is a rate of 5.3 suicides per 100,000 people of working age. Socio-occupational characteristics demonstrate established patterns in

the occurrence of cases. The risk of suicide was 2.5 times higher in men. The gender paradox is highlighted in this context: women have more ideation, but men are more effective in attempts. The risk in the Brazilian indigenous population was 15.2 per 100,000. Agricultural workers stood out, with their characteristics scrutinized in this research and with a rate of 18.4 suicides per 100,000 workers in the sector. Suicidal methods reflected that easy access to these is a determining factor in their choice. This study demonstrates how social protection mechanisms have failed and exposes the vulnerability of Brazilian workers to the most tragic event resulting from suffering at work.

Keywords: *Suicide, Occupational Health, Surveillance of the Workers Health, Rural Health, Mental Health*

INTRODUÇÃO

O suicídio vitima, aproximadamente, 800 mil pessoas por ano no mundo. As estimativas são de nove suicídios por 100 mil habitantes, computando-se um óbito a cada 40 segundos¹. Atualmente, Lesoto, na África, ocupa a primeira posição em números de casos, com 87,5 suicídios por 100 mil habitantes, substituindo a Coreia do Sul (21,2/100 mil habitantes) que, numa série histórica longa, ocupava essa posição¹. O Brasil, em 2019, apesar de ser o 15º país das Américas, e ocupar a 124^a posição mundial, foi o segundo em números brutos (14.540 casos), ficando atrás apenas dos Estados Unidos (53.099 casos), no continente americano. O Brasil figura como o 8º país do mundo, em números absolutos¹. Em vinte anos, o país acumulou, aproximadamente 170 mil casos², apresentando uma taxa de 6,4 mortes por suicídio por 100 mil habitantes¹.

Ainda que subestimadas em relação aos eventos reais, as estatísticas existentes, apontam para um crescimento sustentado dos casos de suicídio, demonstrando a proeminência do tema e a necessidade de medidas de enfrentamento para uma adequada prevenção dos eventos. Trata-se, portanto, de um problema de saúde pública que precisa estar nas Agendas de Saúde em todo o mundo, compondo protocolos e políticas públicas que visem diminuir sua ocorrência.

As ações para seu enfrentamento estão estabelecidas nas metas que compõem os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para a Agenda 2030, que prevê assegurar uma vida saudável e a promoção do bem-estar para todos. Em especial, para o Brasil, a meta 3.4, o ODS discorre diretamente sobre a prevenção do suicídio e a diminuição de sua ocorrência

no país³. No Brasil, foi instituída a Lei 13.819/2019 - Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio como estratégia permanente para a prevenção dos casos e para o tratamento dos seus determinantes⁴.

Uma estratégia importante no enfrentamento do suicídio refere-se à produção de conhecimentos sobre os fatores sócio-ocupacionais, econômicos, comportamentais e de saúde associados ao suicídio, onde a Epidemiologia tem relevante contribuição, possibilitando a análise da sua distribuição e a identificação de características que demarcam desigualdades em saúde. Estudos apontam diferenças de gênero no que se refere ao suicídio, sendo as mulheres mais propensas à ideação suicida, enquanto os homens apresentam a maior ocorrência de suicídio (12,6 homens para 5,4 mulheres por 100 mil)¹. Esses dados mostram que os homens parecem ser mais efetivos em concretizar o suicídio, mas apontam também falhas na identificação precoce de marcadores desse evento entre eles. Isso alerta para a necessidade de atenção aos sinais que podem indicar, o mais precocemente possível, a vulnerabilidade masculina ao suicídio^{1,2,5,6,7}.

Questões étnicas como raça/cor, diferenças culturais e comportamentais também configuram importantes indicadores de vulnerabilização para o suicídio^{2,8,9}. Fatores como baixa renda, baixo apoio social, isolamento, solidão, abuso de substâncias e desqualificação autopercebida, repercutem diretamente em diversos problemas de ordem emocional, produzindo ou agudizando transtornos comportamentais e mentais associados ao contexto suicida^{2,10,11,12}. Esses fatores têm sido mais tradicionalmente focalizados nos estudos sobre esse tema. Contudo, a complexidade dos fenômenos que estão associados ao suicídio exige abordagem ampla e multidimensional, com a incorporação de aspectos de diferentes dimensões da vida. O trabalho é uma dessas dimensões.

Essencial nos modos de viver e produzir a vida, as atividades laborais têm papel determinante nos processos saúde-doença. Estudos de Dejours e Bègue¹², com trabalhadores franceses, por exemplo, atestam que um conjunto de fatores relacionados à organização do trabalho repercutiam na vida cotidiana e nas condições que compeliam os trabalhadores aos eventos suicidários. O trabalho é um importante determinante social de saúde e, em especial, da saúde mental. O contexto suicida pode estar, assim, vinculado às condições e características do trabalho, como verificado nos estudos de May⁷ e Choi¹⁰. Dados da OMS mostram que o suicídio é a quarta causa de morte entre jovens adultos, em todo o mundo¹, reforçando a emergência em lidar com as questões relacionadas ao trabalho, especialmente na população economicamente ativa.

Nessa perspectiva, este estudo objetiva descrever a frequência de suicídios no Brasil a partir dos dados notificados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), com ênfase nas suas características sócio-ocupacionais no Brasil. Os aspectos relacionados ao trabalho serão analisados partir dos dados disponíveis, à luz da literatura e da Epidemiologia Social e Crítica. As análises foram desenvolvidas em duas direções: (a) avaliação da tendência temporal de suicídio, nos últimos 10 anos (2010-2020); e (b) a descrição detalhada dos óbitos no ano de 2020, com foco nos aspectos relacionados ao trabalho.

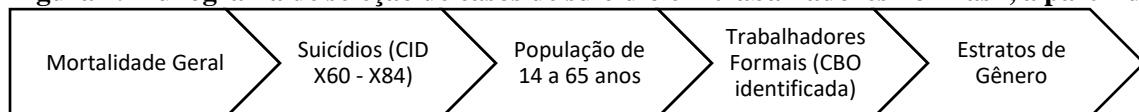
MÉTODO

Trata-se de estudo ecológico temporal, com finalidade descritiva, que permite obter estimativas de mortalidade, considerando sua distribuição e tendência temporal dos eventos de interesse.

Neste estudo, foram utilizados dados provenientes do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), considerando as causas externas, acessados por meio do Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador (ISC-UFBA/CGSAT-MS/SIM)¹³. As causas externas são representadas por traumas, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, intencionais ou não, de natureza exógena. No SIM, tais causas resultam no óbito do indivíduo.

Para serem identificados os casos de suicídio, foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças (CID), versão 10 e selecionados os códigos que contemplam o evento de interesse, no intervalo de X60 a X84. Em seguida, foram selecionados os casos de indivíduos entre 14 e 65 anos (faixa etária da População Economicamente Ativa - PEA). Por fim, foram incluídos no estudo, os indivíduos com o campo da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) identificada, uma vez que este representa o único meio que atribui ter ocupação nesta base de dados (Figura 1). Os casos em que a CBO não foi identificada não foram incorporadas às análises. A população economicamente ativa com o campo CBO identificada foi considerada trabalhadora, para fins de definição e terminologias utilizadas.

Figura 1. Fluxograma de seleção de casos de suicídio em trabalhadores no Brasil, a partir do SIM



Fonte: próprios autores

Para a identificação das ocupações registradas, foi utilizada a Classificação Brasileira de Ocupações, disponibilizada pelo Ministério do Trabalho (<http://www.mtecb.gov.br/cbosite/pages/downloads.jsf>).

Com o objetivo de avaliar a tendência temporal de suicídio, foram estimadas as frequências de suicídios no período de 2010 a 2020, estratificados por gênero. Com o intuito de desenvolver análise descritiva da distribuição das ocorrências segundo variáveis sócio-ocupacionais, foram analisados os dados relativos ao ano de 2020. Para este ano a análise incluiu as seguintes variáveis: características sócio-ocupacionais (gênero, faixa etária, raça/cor, estado civil, escolaridade e tipo de ocupação) e método perpetrado para o suicídio.

Os estratos das variáveis de interesse foram consideradas da seguinte forma: gênero (mulher/homem); faixa etária (14 a 29 anos; 30 a 49 anos; 50 anos ou mais); Raça/cor (brancos, pardos, pretos, indígenas e amarelos); Situação conjugal (Solteiro(a), casado(a), união consensual, separado(a) judicialmente, viúvo(a)), dicotomizada em: com companheiro(a) e sem companheiro(a), uma vez que, a literatura mundial aponta que pessoas sem companheiro(a) apresentam risco aumentado para o suicídio; e, Escolaridade em anos concluídos de estudo (Nenhum, 1 a 3 anos - Fundamental 1, 4 a 7 anos – Fundamental 2, 8 a 11 anos - Médio, 12 ou mais anos - Superior).

Para a série temporal dos casos de suicídio, entre 2010 e 2020, foram estimadas as taxas anuais e calculadas as variações proporcionais percentuais (VPP) para o período analisado.

Para os cálculos das taxas de mortalidade por suicídio, foram utilizados dados populacionais, de trabalhadores com 14 anos ou mais (por gênero, faixa etária, situação conjugal, escolaridade e raça/cor) e de agrupamentos ocupacionais específicos, com base no Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA) e de dados da PNAD contínua^{14,15,16}. Foram calculadas as projeções para os estratos em que não foi possível a identificação direta do dado (população estratificada por gênero e estado civil, com 14 anos ou mais), por meio das informações censitárias dos anos de 2010 e 2000, pelo método geométrico de taxa de crescimento populacional, orientada pelo DATASUS¹⁷.

A análise incluiu as frequências de suicídio por grandes grupos de ocupação, priorizando aqueles com maior ocorrência no ano de 2020, bem como estimadas as frequências de casos considerados perdidos e ignorados, para dimensionar os problemas de notificação.

A análise foi conduzida em duas direções: (a) Análise da tendência temporal do suicídio em trabalhadores no Brasil, entre 2010 e 2020; (b) Análise das características sócio-ocupacionais do suicídio em trabalhadores no Brasil em 2020.

RESULTADOS

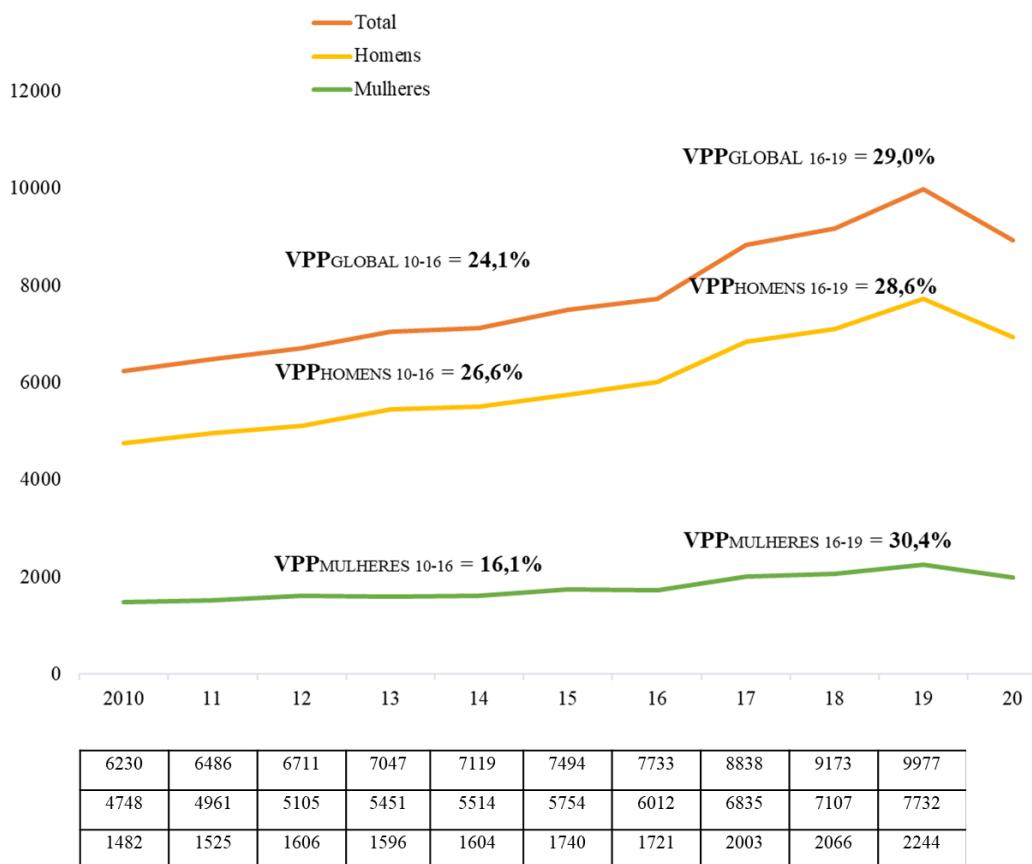
No Brasil, entre 2010 e 2020, ocorreram 1.684.386 mortes por causas externas registradas no SIM, dentre estas 124.915 (7,4% de todos os óbitos por causas externas) foram por suicídio (5,6 por 100.000 habitantes). Quando considerados os indivíduos entre 14 e 65 anos, registraram-se 85.735 óbitos, ou 5,2% de todos os óbitos por causas externas (11,1 por 100.000 habitantes). Deste total, 66.156 ocorreram entre homens (17,9/100.000 homens) e 19.577 entre mulheres (4,9/100.000 mulheres). A ocorrência de suicídio nesta população foi 3,7 vezes maior entre os homens quando comparado às mulheres. Diferença que se aproxima das estimativas globais (9/100.000 nos homens e 2,3/100.000 nas mulheres).

Tendência temporal do suicídio em trabalhadores no Brasil (2010-20)

Observou-se tendência temporal crescente entre os anos de 2010 a 2019, variando de 4,3 para 7,0% de suicídios de trabalhadores e trabalhadoras, entre todas as causas externas, nesse período. A VPP global (2010 a 2019) evidenciou aumento de mortes por suicídio com VPP = 60,1%, sendo a VPP de 62,8% para homens e de 51,4% para mulheres. A VPP foi estimada em dois períodos (2010-16 e 2016-19) e mostrou crescimento de 16,1% para o período de 2010-16 e de 30,4% entre 2016-19, demonstrando expressivo aumento a partir de 2017. Entre os homens, o crescimento foi constante, com elevação da curva mais acentuada a partir de 2016 (Figura 2).

Em conjunto, os dados evidenciam aumento de número de casos de suicídio com VPP mais elevada para o último período. Os dados brasileiros confirmam a tendência sustentada global de crescimento de suicídios, entre homens e mulheres e apontam que, nos últimos anos, essa tendência foi ainda maior. Deve-se considerar, na análise da aparente redução em 2020, questões relativas à queda de registros de modo geral em decorrência da pandemia da COVID-19. Assim, não pode ser descartada possibilidade de subnotificação.

Figura 2. Número de casos de suicídio e Variação Proporcional Percentual (VPP) na população economicamente ativa no período de 2010-2019. Dados do SIM, Brasil, 2020.



Fonte: Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador (ISC-UFBA/CGSAT-MS/SIM), elaborado pelos autores

Características sócio-ocupacionais do suicídio em trabalhadores e trabalhadoras no Brasil, em 2020

Em 2020, foram registrados no SIM um total de 144.382 óbitos por causas externas em todo o país. Destes 12.751 foram casos de suicídio, representando 8,8% dos óbitos neste ano. A taxa de mortalidade por suicídio foi de 6,0 por 100 mil habitantes, levando-se em consideração a população estimada para aquele ano, de 212,6 milhões de pessoas¹⁴. Do total de óbitos, 8.927 ocorreram em população de 14 a 65 anos, com CBO identificada, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 5,3 por 100 mil pessoas desta faixa etária (aproximadamente, 170 milhões). Caso a base populacional utilizada fosse a população economicamente ativa (PEA) de 2020, a taxa alcançaria 9,3 por 100 mil. A PEA, naquele ano, foi de 96,138 milhões, sendo 55,760 milhões de homens e 40,378 milhões de mulheres¹⁶. Em 2020, foram notificados 6.937

suicídios em homens desta faixa etária com CBO identificada (77,7%) e 1.990 em mulheres deste mesmo grupo (22,3%). A taxa de mortalidade para os homens foi de 12,4 por 100 mil homens da PEA e para as mulheres foi de 4,9 por 100 mil mulheres do mesmo grupo. Assim, o risco de suicídio em trabalhadores seria 2,5 vezes maior entre os homens do que entre as mulheres, quando observados pela PEA. Quando observada a taxa pela população em idade ativa (PIA), a diferença aumenta para 3,7 suicídios em homens (8,5 por 100 mil) para cada suicídio em mulheres (2,3 por 100 mil, com 14 ou mais anos). (Tabela 1). Como não há registros no SIM sobre informações da situação de trabalho do indivíduo, antes da ocorrência do óbito, foi utilizada como base para cálculos, a população com 14 anos ou mais, divididas pelos estratos fornecidos pelo IBGE.

Considerando distribuição percentual dos óbitos por suicídio, segundo perfil sócio-ocupacional dos trabalhadores, o percentual de casos foi mais elevado na faixa etária de 30 a 49 anos, entre os homens e as mulheres; a faixa etária de 50 anos ou mais apresentou os menores percentuais. Maior percentual de óbitos foi observada entre solteiros, tanto em homens, quanto em mulheres (60,5% do total). Ao se dicotomizar o estado civil entre pessoas com companheiro(a) e sem, observou-se considerável aumento no número de suicídios no grupo mais solitário (69,4% do total). Segundo níveis de escolaridade, o percentual mais elevado de casos ocorreu entre quem tinha de 8 a 11 anos de estudo, correspondendo ao ensino médio (41,3%), com situação semelhante para homens e mulheres.

Na análise das taxas de mortalidade, merece destaque a ocorrência entre os homens, 9,6 por 100 mil homens. As taxas de mortalidade para a população indígena foram as mais elevadas: tanto a geral (15,2/100 mil), quanto por gênero (23,0/100 mil para os homens e 7,3/100 mil para as mulheres indígenas). Ao avaliar a mortalidade por situação conjugal, nos estratos analisados, as pessoas separadas, desquitadas ou divorciadas, apresentou as maiores taxas (5,9 por 100 mil). A maior ocorrência de suicídio, por escolaridade, estava no grupo de 4 a 7 anos de estudo (ensino fundamental 2), com destaque para os homens, com 23,1 suicídios por 100 mil (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do número (n), percentual (%) de casos e taxas de mortalidade de suicídio por 100.000 segundo dados sócio-ocupacionais do suicídio em trabalhadores e trabalhadoras no Brasil. Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, 2020.

Características	n	%	CM*	n (homens)	%	CM	n (mulheres)	%	CM
Suicídio	8927	100,0	5,3	6937	77,7	8,5	1990	22,3	2,3
Idade									
14 a 29 anos	2882	32,3	5,4	2162	31,2	8,1	720	36,2	2,7
30 a 49 anos	3807	42,6	6,1	2971	42,8	9,6	836	42,0	2,6
50 ou mais	2238	25,1	4,4	1804	26,0	7,3	434	21,8	1,5
Raça/cor**									
Preta/Parda	4134	49,5	4,1	3338	51,5	6,7	796	42,5	1,6
Branca	4106	49,1	5,4	3060	47,2	8,3	1046	55,8	2,7
Indígena	92	1,1	15,2	70	1,1	23,0	22	1,2	7,3
Amarela	26	0,3	1,3	16	0,2	1,6	10	0,5	1,0
Estado Civil***									
Solteiro(a)	5105	60,5	4,8	4017	61,4	7,4	1088	57,3	2,1
Casado(a)	2008	23,8	3,2	1568	24,0	5,1	440	23,2	1,4
Separado(a) judicialmente	637	7,5	5,9	464	7,1	9,2	173	9,1	2,5
União consensual	573	6,8	-	429	6,5	-	144	7,6	-
Viúvo(a)	118	1,4	2,0	65	1,0	3,3	53	2,8	0,6
Com companheiro(a)									
Não	5860	69,4	4,7	4546	69,5	7,4	1314	69,2	2,0
Sim	2581	30,6	4,2	1997	30,5	6,4	584	30,8	1,9
Escolaridade****									
Nenhuma	295	3,9	3,6	244	4,2	6,2	51	3,0	1,2
1 a 3 anos concluídos (Fundamental I)	875	11,7	1,8	735	12,7	2,9	140	8,2	0,6
4 a 7 anos concluídos (Fundamental II)	2209	29,6	14,3	1802	31,2	23,1	407	24,0	5,4
8 a 11 anos concluídos (Médio)	3085	41,3	5,0	2347	40,7	7,8	738	43,4	2,3
12 ou mais anos concluídos (Superior)	1010	13,5	3,0	646	11,2	4,4	364	21,4	1,9

Fonte: Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador (ISC-UFBA/CGSAT-MS/SIM), elaborado pelos autores.

* Taxa de mortalidade (CM) por 100.000 pessoas em idade ativa (14 ou mais anos - PIA). Bases calculadas por projeções e proporções, a partir dos dados do SIDRA/IBGE: PNAD contínua e dados censitários anteriores. Taxa para projeções sugerido pelo DATASUS: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabcards/LivroIDB/2edrev/a03.pdf>

** Em raça/cor, existem 60 registros faltantes.

*** Em estado civil, existem 486 registros faltantes. O registro Com Companheiro é o Estado Civil dicotomizado: Não (Solteiros, separados e viúvos) e Sim, os demais. Para cálculo de TM foram projetadas as populações pelos estratos a partir dos senso de 2000 e 2010. Não há informações para União consensual.

**** Em Escolaridade, existem 1.453 registros faltantes.

No que se refere a ocupação dos trabalhadores que cometeram suicídio, destacaram-se os trabalhadores da agricultura, com 1.511 casos (16,9% do total de óbitos); o que equivale a

4,1 suicídios por dia nesse ano – um dado alarmante que caracteriza uma situação de emergência em saúde. A taxa de mortalidade por suicídio neste grupo foi de, aproximadamente, 3,0 por 100 mil trabalhadores formalmente registrados e 18,4 por 100 mil trabalhadores deste setor. (Tabela 2).

Além dos trabalhadores da agricultura, destacaram-se os trabalhadores do comércio e de serviços elétricos e mecânicos (de vendedores autônomos a gerentes comerciais) e trabalhadores da construção civil (incluindo 27 engenheiros civis, sete arquitetos de edificações e dois desenhistas projetistas da construção civil, totalizando um estrato de 36 profissionais com ensino superior; sendo os demais (950) ligados aos serviços de mão de obra). Esta categoria apresentou a ocorrência de 16,1 suicídios por 100 mil trabalhadores. Seguiu-se por trabalhadores domésticos e de serviços gerais (de trabalhadores domiciliares à varredores de rua), motoristas e maquinistas (taxistas, de carros de passeio, caminhões, ônibus, ajudantes de motorista e maquinistas), além de trabalhadores da indústria e de linhas de produção. Continuam os trabalhadores das forças de segurança, incluindo vigilantes e guardas municipais e trabalhadores da saúde (Tabela 3). Destes, há destaque para os profissionais da Enfermagem, com 93 suicídios (51,1%), dos 182 ocorridos entre os profissionais da Saúde. Que chamam a atenção, também, juntamente com os da Educação, com relação às diferenças do esperado quanto ao gênero, ou seja, nestes grupos foram observados os maiores percentuais de casos nas mulheres, diferentemente das estimativas superiores serem, geralmente, em homens (58,8% dos 182 óbitos registrados em trabalhadores da saúde e 56,3% dos 126 óbitos em trabalhadores da educação, ocorreram entre as mulheres). Tal diferença está condicionada a estas ocupações serem tradicionalmente ocupadas em sua maioria por mulheres.

Em 2020, a média diária de óbitos de trabalhadores foi de 24,5 suicídios por dia. O conjunto dos treze grupos ocupacionais em destaque totalizou 5.449 suicídios (61,0% dos óbitos). Os casos de suicídios nos demais grupos ocupacionais estavam pulverizados em diversos setores produtivos (com identificação da CBO), totalizando 11,3% (1.006 óbitos). Importante ressaltar que não foram identificados, no campo da CBO, os códigos registrados de 2.472 trabalhadores (27,7%), indicando possível problema no registro, ou seja, os códigos registrados não tinham correspondência com a Classificação Brasileira de Ocupações (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição do número de casos de suicídios registrados no SIM segundo os grupos de ocupação mais afetados. Brasil, 2020.

Características	n	%	%*	CM**
Trabalhadores da agricultura	1.511	16,9	23,4	18,4
Trabalhadores do comércio, serviços elétricos e mecânicos	1.010	11,3	15,7	6,2
Trabalhadores da construção civil	986	11,1	15,3	16,1
Trabalhadores domésticos e de serviços gerais	424	4,8	6,6	8,7
Motoristas e maquinistas	362	4,1	5,6	-
Trabalhadores da indústria e serviços de linhas de produção	307	3,4	4,7	2,7
Trabalhadores das forças de segurança, incluindo vigias e guardas	214	2,4	3,3	-
Trabalhadores da saúde	182	2,0	2,8	-
Trabalhadores da administração	149	1,7	2,3	-
Trabalhadores da educação (professores, educadores, pedagogos, instrutores, tutores)	126	1,4	1,9	-
Trabalhadores do sistema de justiça	75	0,8	1,1	-
Trabalhadores da cultura	58	0,6	0,9	-
Trabalhadores do sistema financeiro	45	0,5	0,7	-
Outros grupos	1.006	11,3	15,6	-
CBO não identificada	2.472	27,7	-	-
Total	8.927	100,0	-	-

Fonte: Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador (ISC-UFBA/CGSAT-MS/SIM), elaborado pelos autores.

* Percentuais estimados considerando o total de casos com identificação da CBO (N=6.455).

** Taxa de mortalidade por agrupamento profissional, por 100.000. População exposta disponibilizada pelo IBGE, em (pág. Q19): https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicílios_continua/Principais_destaque_PNAD_continua/2012_2021/PNAD_continua_retrospectiva_2012_2021.pdf

O método mais comumente utilizado para o suicídio foi o enforcamento, estrangulamento ou sufocação (73,5% dos casos), seguido por disparos por arma de fogo (6,7%, 599 casos) e envenenamento por substâncias biológicas, químicas e pesticidas (5,3%, 594 casos) (Figura 3).

Figura 3. Principais métodos suicidários em trabalhadores(as), no Brasil (2020)*



Fonte: Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador (ISC-UFBA/CGSAT-MS/SIM), elaborado pelos autores

* Os métodos apresentados somam 96,6% dos suicídios, nesta tabela. Os demais não foram identificados.

Devido ao destaque de óbitos em trabalhadores da agricultura, algumas de suas características foram analisadas. Os dados evidenciaram uma proporção de casos ainda mais elevada entre os homens (89,0%) (Tabela 4). O perfil de maior percentual de casos por faixa etária e por estado civil foi semelhante ao geral (Tabela 2). Contudo, a distribuição por raça/cor neste grupo diferiu do dado geral que apontou percentuais similares de casos entre brancos e pretos-pardos; entre trabalhadores rurais, observou-se concentração de casos entre negros (pretos-pardos), totalizando 66,0% do total. Também se observou maior percentual de casos em níveis de escolaridade mais baixos (41,4% dos casos ocorreu entre quem não frequentou a escola ou tinha até 4 anos de estudo). Nestes trabalhadores, assim como em todos os outros, os enforcamentos são maioria (76,6%), seguidos por disparos por arma de fogo (8,0%) e pelo envenenamento com produtos químicos, substâncias biológicas e pesticidas não especificadas (7,8%), em que se enquadram os agrotóxicos. (Tabela 3).

Tabela 3. Dados sociodemográficos dos casos de suicídios de trabalhadores e trabalhadoras da agricultura no Brasil. SIM, 2020

Características	n	%
Sexo		
Masculino	1344	89,0
Feminino	167	11,0
Faixa Etária		
14 a 29 anos	341	22,6
30 a 49 anos	663	43,9
50 anos ou mais	507	33,5
Raça/Cor*		
Preta/parda	1002	66,8
Branca	448	29,9
Indígena	46	3,1
Amarela	3	0,2
Estado Civil*		
Casado/União Estável	554	39,3
Solteiros	784	55,6
Viúvos	19	1,4
Divorciados	53	3,7
Escolaridade*		
Sem acesso a escola	175	14,1
1 a 3 anos concluídos (Fundamental I)	339	27,3
4 a 7 anos concluídos (Fundamental II)	453	36,5
8 a 11 anos concluídos (médio)	252	20,3
12 ou mais anos concluídos (Superior)	22	1,8
Principais métodos suicidários**		
Enforcamento, estrangulamento e sufocação	1157	76,6
Disparo de arma de fogo	121	8,0
Pesticidas, substâncias biológicas, ou produtos químicos não especificados	118	7,8
Objeto cortante ou penetrante	32	2,1

Fonte: Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador (ISC-UFBA/CGSAT-MS/SIM), elaborado pelos autores.

* Variáveis com dados faltantes (Raça/cor: 12; Estado Civil: 101; Escolaridade: 270)

** Os métodos apresentados somam 94,5% dos suicídios nesta tabela

DISCUSSÃO

Os dados da análise de tendência temporal dos suicídios no Brasil evidenciaram crescimento no número de casos durante o período estudado, com aumento mais proeminente entre as mulheres. Diferenças de gênero para o sofrimento mental são historicamente consolidadas na literatura internacional, com maior frequência de transtornos mentais entre as

mulheres e maior ocorrência de suicídios entre os homens^{2,5,6,7}. Neste estudo, observou-se aproximadamente 4 suicídios em homens para cada um suicídio em mulheres. Esses resultados destacam a necessidade de aprofundamento dos aspectos relativos ao gênero na ocorrência do suicídio. Em estudos que analisaram as diferenças de gênero, a ideação suicida é mais prevalente entre as mulheres^{1,2,5,6,7}, enquanto o suicídio é mais frequente entre os homens¹. Esses dados configuram um paradoxo de gênero do fenômeno suicídio. Quais os fatores que podem explicar o fato de as mulheres terem maior frequência de ideação suicida, mas não efetivarem o ato, enquanto os homens com menos ideação consumam mais o suicídio?

Diferenças de gênero são evidentes quando se analisam as dimensões que estruturam o contexto do suicídio, como a ideação, o planejamento e a efetivação do ato. O'Connor e Kirtley¹⁸ sugerem um modelo explicativo para os processos que culminam no suicídio, apresentando a impulsividade como fator determinante para a efetividade da tentativa. Essa condição, de ação repentina e impensada, é comportamento majoritariamente associado ao sexo masculino: em situações que geram ansiedade, o sofrimento decorrente não pode ter visibilidade, precisa ser contido e silenciado. Isto favorece a concretização de uma ação imediata, um ato. A impulsividade, assim, associa-se ao medo e temor de que o sofrimento seja percebido e fortalecem a ideia de que é preferida a morte concreta do que a morte simbólica de uma imagem de homem fraco, em sofrimento. Portanto, aspectos de construção social de características aceitáveis ou não do feminino e masculino podem ajudar a entender esse aparente paradoxo.

Além das questões de gênero, outros fatores sociais estão associados ao sofrimento mental. Ser preto ou pardo é uma condição de vulnerabilidade social que merece atenção, especialmente em um país em que o racismo estrutural e a herança escravocrata são tão evidentes nas relações interpessoais e de trabalho. Sistemas opressores que determinam posições sociais distintas e condicionam o acesso a bens e serviços de maneira desigual, produzem trabalhos menos valorizados e exclusão social, conforme visto nos trabalhadores do campo. No Brasil, ser preto ou pardo parece potencializar os pensamentos suicidas^{2,19}. O maior percentual de casos de pretos/pardos no grupo de maior ocorrência de óbitos destaca a vulnerabilidade desse grupo.

Cabe destacar também a população indígena brasileira. A elevada taxa de mortalidade neste grupo chama a atenção para a dramaticidade do que vem ocorrendo no país. Soma-se à ausência de acesso às estruturas básicas de políticas públicas de atenção à saúde, apoio social, contexto de exclusão, exploração e preconceitos históricos, a invisibilidade social – observada

nos registros restritos de dados de monitoramento de suas condições de vida e saúde, limitações dos órgãos que os assiste e aspectos demográficas e de acesso aos grupos não urbanos²⁰. Nos últimos anos (até o fim de 2022), este processo de exclusão e de múltiplas violências perpetradas contra a população indígena, com o (re)advento do garimpo ilegal, da falta de fiscalização, flexibilização das leis, da não demarcação e ausência dos órgãos de proteção aos indígenas, precarizaram ainda mais suas condições de saúde e do seu modo de viver. A contaminação por mercúrio, proveniente do garimpo, a perseguição e assassinatos das lideranças indígenas e seu isolamento, proporcionaram diversos problemas como a falta de alimento, o não acesso aos serviços de saúde e, como consequência, a fome, a miséria, as doenças e o intenso sofrimento psíquico.

Os resultados também, mostraram predominância de suicídios entre as pessoas solteiras, ou sem companheiros, com destaque para as pessoas divorciadas/separadas, principalmente os homens. Estudos internacionais indicam especial preocupação com as pessoas solitárias devido a um maior risco de alcoolismo, o sofrimento mental e o suicídio^{19,21}. Tal fato pode estar alicerçado na ausência do apoio ofertado pelo(a) companheiro(a), fator protetivo importante.

Outra condição que chama a atenção é no nível de escolaridade. No Brasil, aproximadamente 71% dos casos ocorreram entre pessoas que possuíam de 4 a 11 anos de estudo (considerada baixa/média escolaridade, pois envolve o Fundamental 2 e o Ensino Médio). Nas publicações mundiais, prevalece a menor escolaridade como importante fator de risco ao suicídio. Na China, a média escolaridade (equivalente ao ensino médio brasileiro) associou-se ao pensamento suicida²², o que sugere que pessoas nestas condições apresentam dificuldades de acesso a serviços e estruturas protetivas, com trabalhos de menor remuneração e precarização da vida de modo geral, que estão relacionadas a múltiplas fontes de sofrimento^{2,23}.

No que se refere às categorias de trabalho, ganhou destaque o elevado número de suicídios em trabalhadores da agricultura. Em países cuja historicidade de exploração agrária, neocolonial e escravocrata, como o Brasil, eventos de sofrimento no ambiente de trabalho são muito comuns, mas pouco visibilizados²⁴. Este dado imprime, fortemente, a questão racial como fator preponderante para o sofrimento e suicídio, principalmente para estes trabalhadores, com ampla maioria de negros neste tipo de trabalho. Alia-se a isso: a natureza do próprio ambiente de trabalho, distanciado dos grandes centros urbanos e pouco fiscalizados em seu cotidiano pelos órgãos de proteção; as condições de acesso à educação, formação adequada, e

a renda que vulnerabiliza, ainda mais, os trabalhadores do campo, que ficam sujeitos aos acordos patronais sem referências protetivas asseguradas. Vale salientar que parte considerável dos trabalhadores desse setor não apresentam registro de trabalho e, portanto, não figuram nas estimativas²⁰.

O trabalho no campo no Brasil ocorre em um quadro muito preocupante no que tange a gênese dos sofrimentos e seus desdobramentos, como o suicídio. Essas relações históricas de trabalho sustentam um modelo de humilhações e violências múltiplas, que propiciam sofrimentos de diversas formas e intensidades: violências de gênero; isolamento; fracasso financeiro; endividamento; questões culturais que alienam os processos de enfrentamento dos problemas e sufocam os trabalhadores rurais; expropriação da terra e dos recursos por grandes corporações e bancos; além da ausência de políticas de Estado para proteção social. Neves²⁰ aborda a historicidade e os modelos produtivos expropriadores e excludentes do agronegócio, como essenciais para a explicação dos suicídios. Alia-se a esse contexto, o fácil acesso a mecanismos de morte, devido a ampliação do uso de agrotóxicos, substâncias nocivas à saúde humana e ambiental. Diferentemente dos outros métodos citados, os agrotóxicos representam meio e causa simultaneamente, estruturados em um contexto de fácil acesso aliado a gênese de doenças como o câncer e psicopatologias, devido a sua exposição contínua. A ampliação de seu uso no cenário agrícola brasileiro deve agravar ainda mais esse panorama^{20,25}.

Além de trabalhadores da agricultura, o suicídio atinge outros grupos ocupacionais. Dejours e Bègue¹² apontam, historicamente, que os suicídios e tentativas tiveram visibilidade a partir dos anos 1990, inicialmente na indústria, mas sendo ampliados aos ambientes socioprofissionais mais diversos, como a construção civil, comércio, serviços financeiros, setor eletroeletrônico, a educação e saúde, entre outros. Vale salientar que, nos últimos anos, tem ocorrido a “reprimarização” da economia brasileira, em detrimento da indústria de transformação, uma vez que os produtos vinculados à exportação são de ordem primária, representadas principalmente nas *comodities* agrícolas^{20,26}. Com o declínio industrial proveniente deste cenário, a indústria brasileira ganhou destaque no cenário dos suicídios, ocupando a sexta posição em número de casos. As indústrias figuram como ambientes de trabalho sujeitos a diversos mecanismos que geram sofrimentos: rígidos controles, inserção contínua de novas tecnologias para ampliação da produção, pouca flexibilidade, múltiplos assédios e medo do desemprego, são comuns nestes ambientes. Segundo Berenchtein Netto²⁷ (p. 156), estas características de trabalho “desumaniza, bestializa e faz perecer o homem [...].” Nos estudos de O’Bryen²⁸ deu-se evidência à redução de postos de trabalho e o consequente

desemprego, principalmente em adultos de meia idade (acima dos 30 anos), devido ao processo de automação industrial, nos Estados Unidos. Estes trabalhadores, com pouca escolaridade, diante da ausência de perspectivas e oportunidades futuras, sem proteção social em um trabalho amplamente precarizado, recorreram ao uso abusivo de álcool e outras drogas, progredindo para casos de homicídio, mortes por problemas cardiovasculares e para o suicídio. Os autores qualificaram esses eventos como “mortes por desespero” (*Deaths of Despair*).

Outro termo que causa impacto neste contexto de morte, foi proposto por Berenchtein Netto²⁷ (p. 156) e denominado “Suicidamento”. O autor molda o evento não como um fenômeno individual, mas um processo fruto de determinação social proveniente do modo de produção capitalista, em que indivíduos “não se suicidaram, mas foram suicidados pela sociedade”. Este processo então, é definido a partir das expressões das formas históricas de alienação que impõem aos trabalhadores condições degradantes de vida e trabalho; o adoecimento proveniente da intoxicação por agrotóxicos; as perdas afetivas; o isolamento social e a ruptura das condições de solidariedades e exercício coletivo de autonomia sobre a produção e reprodução das condições saudáveis do viver, compelem este trabalhador ao suicídio, quase como um produto esperado deste complexo sistema de (re)produção e expropriação da vida.

Este modelo de produção permite, então, a partir de sua reestruturação produtiva, imbrincada às novas estratégias adotadas na gestão da força de trabalho, dar relevo a relação suicídio/trabalho, como evidenciado nos serviços financeiros e na indústria, nos casos na Renault, Peugeot, France Télécom, na França; na Foxconn, na China; e no setor bancário no Brasil^{12,27}.

Com a precarização das condições de trabalho a partir das flexibilizações das leis trabalhistas no Brasil, do cenário de crise econômica, agravada ainda pela pandemia da COVID-19, as taxas de subempregos foram ampliadas e com elas a ausência da assistência do Estado, a diminuição da renda e restrição de acesso aos bens de consumo e serviços diversos. Trabalhadores de serviços gerais e domésticos tiveram cerceamento de direitos trabalhistas e suas condições de trabalho ainda mais precarizadas. O “meio turno” e “meio salário” vigoraram alicerçados no discurso do “melhor que nada”. Outra categoria que ganhou destaque foi a dos trabalhadores por aplicativo para transporte e entregas, uma vez que, num cenário de ampliação do desemprego, essa alternativa de acesso a renda emergiu sustentada em uma falsa ideia de empreendedorismo. Esse novo sistema delineia a “uberização” das relações de trabalho que circunscreve, ao mesmo tempo, a despersonalização patronal com sua transformação em telas digitais e a ausência de direitos trabalhistas e previdenciários^{29,30}.

Das demais categorias que ganharam destaque na ocorrência do suicídio, vale destacar os trabalhadores da segurança pública. Neste grupo, no Anuário Brasileiro de Segurança Pública³¹ foram registradas mais mortes de policiais por suicídio do que por outra causa. Dentre os fatores que podem ajudar a compreender esse evento, cabe destacar o estresse ocupacional, traumas de incidentes críticos, trabalho por turnos, problemas de relacionamento e abuso de álcool e a vivência em uma cultura de violência, disseminada neste grupo como algo inerente ao próprio trabalho, pressionando os trabalhadores ao comportamento violento, muitas vezes orquestrados contra si próprios³².

Na saúde, com a emergência da pandemia da COVID-19, a sobrecarga crônica, sobretudo sobre profissionais da enfermagem, a convivência diária com a morte e o medo dela, aliados à precarização das relações e condições de trabalho, resultaram no adoecimento mental e no suicídio, conforme estudos brasileiros e mundiais^{33,34,35}. Na Educação, professores(as) sofreram mudanças substanciais em seus meios de trabalho, com a inclusão de novas tecnologias sem capacitação prévia, mudanças na carga horária de trabalho, redução de salários, aumento do volume de trabalho potencializado pelo trabalho remoto e no medo do desemprego. Estes fatores determinaram conflitos familiares, distúrbios do sono e sofrimento mental destes(as) trabalhadores(as)³⁶.

Os dados evidenciam situação preocupante desse evento dramático que é o suicídio e apontam que alguns grupos ocupacionais são mais atingidos e merecem atenção. Apesar disto, um problema importante é a sua invisibilidade e ocultamento da relação com o trabalho. Determinar nexo entre trabalho e suicídio não é uma tarefa simples. Se o trabalhador não cometer o suicídio no ambiente de trabalho ou não deixar um relato que confirme ser este o motivo de seus sofrimentos, o nexo é amplamente dificultado pelos inúmeros argumentos hegemônicos de invisibilização do mundo do trabalho e seus conflitos. Finazzi-Santos e Siqueira³⁷ pontuam o silêncio emblemático de colegas de trabalho e dirigentes após o suicídio de um bancário, desonerando, simbolicamente, a instituição de suas responsabilidades com aquele trabalhador. Assim, a organização do trabalho e seus meios de produção permanecem desconectados da gênese de algo tão trágico. Por outro lado, reconhecer este vínculo explicita a contradição da relação capital-trabalho, e como determinadas formas de gerir os processos de trabalho podem expropriar e obliterar o trabalhador em suas valências físicas e emocionais¹². Flexionar as características e condições citadas na implicação dos desejos de vida e de morte, centraliza a categoria ‘Trabalho’ na formação do humano, em homens e mulheres trabalhadoras²⁷.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 90% dos casos de suicídio poderiam ser evitados¹¹. As publicações em todo o mundo apontam para o apoio social como medida de proteção e prevenção, seja por meio de políticas públicas, institucionais, ou pessoais, provenientes dos vínculos afetivos, que ofertem escuta, espaço, acessos e inclusão. A dimensão de pertencimento, reforçada nas manifestações de apoio e acolhimento, são fundamentais para subsidiar as ações de enfrentamento³⁸. Segundo Dejours e Bégué¹² o suicídio relacionado ao trabalho desnuda o rompimento tecidual das solidariedades dos coletivos de trabalho e reflete o estímulo aos individualismos provenientes do estímulo à competitividade.

São urgentes e necessárias as discussões a partir de abordagens amplas, múltiplas e inclusivas de compreensão do processo saúde-doença^{39,40}. Tradicionalmente, eventos como o suicídio são ocultados e secundarizados, quando observados apenas seus números, em geral considerados de baixo impacto. É preciso ir além dos números e das individualizações do fenômeno. É necessário transpor o oportuno discurso patronal de culpabilização do indivíduo e entender que há impactos também a toda uma comunidade que se encontra em sofrimento, sejam familiares, sejam os colegas de trabalho. Todos estes fatores precisam ser compreendidos como sintomas, ou sinais de alerta, alguns distais, outros mais proximais ao suicídio; portanto, fazem parte de uma cadeia de acontecimentos que são socialmente referenciados e definidos, e que têm como cerne, os modos de produção da vida e de como eles se estabelecem no trabalho, pois é do trabalho que as necessidades básicas, os desejos, prazeres e as relações sociais estão inscritos, estabelecendo o tecido social em que se organiza a vida¹². Eventos que configuram fenômenos como o “Suicidamento” e as “Mortes por Desespero” são expressões do rompimento deste tecido em que se estabelecem as relações de trabalho. Eles demonstram a falha nos mecanismos de proteção social e escancaram a vulnerabilidade em que se encontram os trabalhadores, que têm, cada vez mais, precarizadas as relações, evidenciadas nas flexibilizações legalizadas, sobre o trabalho. Nesses contextos se ampliam e se aglutinam as dores e sofrimentos que fazem com que, sem voz, sem escuta, isolado, oprimido e amedrontado, estes trabalhadores considerem o próprio extermínio como alívio e única saída possível, da intransponível armadilha em que foi compulsoriamente alocado.

Este estudo contribui com um diagnóstico situacional do suicídio no Brasil, bem como aponta sua tendência sustentadamente crescente. Além disso, empreende esforços importantes para dar visibilidade às categorias de trabalho de destaque para o evento, indicações explicativas dos processos geradores dos sofrimentos, bem como caracteriza o suicídio relacionado ao trabalho e seus fatores mais proeminentes, presentes nos registros do Sistema de Informação de

Mortalidade. Essas reflexões precisam se desdobrar em esforços que ultrapassem as barreiras hegemônicas da organização dos trabalhos, dos estigmas associados à temática e que incluam os trabalhadores “sobreviventes”, compreendendo as dinâmicas do trabalho dentro e fora dele. É necessário envolver os pesquisadores e a sociedade no intuito de descortinar aquilo que ainda permanece velado, sobre um fenômeno tão complexo e, igualmente, trágico.

Vieses e Limitações do Estudo

Neste estudo, os dados foram analisados como agregados. Estudos de agregados que utilizam bases de dados secundárias tem limites importantes. O mais relevante deles refere-se à notificação e registro dos casos. Primeiramente o registro depende do acesso da população aos serviços de saúde; quando a cobertura dos serviços é baixa, isso tem impacto na subestimação dos eventos. Outra limitação decorre da qualidade da informação produzida que depende do treinamento das equipes que notificam os casos e do controle de qualidade no processo de preenchimento dos dados. Isto pode incluir heterogeneidade da qualidade na comunicação da ocorrência do óbito para o julgamento do que é caracterizado como evento suicida; ou produzir informações faltantes, dificultando análises mais precisas sobre os eventos de interesse, como na não identificação do registro da CBO em muitos registros de óbitos. As bases populacionais utilizadas para a estimação das taxas apresentam distorções variadas, devido às dificuldades de acesso ao quantitativo pelos estratos apresentados. Na tabela 1, foram estimadas as taxas de mortalidade pela população com 14 anos, ou mais, a partir dos estratos disponíveis pelas bases do IBGE e pelas projeções feitas quando esta informação não estava disponível. Contatos diretos com o instituto foram realizados para dirimir estes vieses. A inexistência do Censo demográfico de 2020 impactou nesses números, resultando na necessidade destas projeções e cálculos proporcionais para esses grupos.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Os autores participaram da construção da ideia, das etapas metodológicas, das abordagens que sustentaram as reflexões e críticas e da escrita e conferência de todo o material.

REFERÊNCIA

1. World Health Organization. WHO Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates. Global Health Estimates. [Internet], 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.

2. Kantorski LP, Guedes AC, Ramos CI, Treichel CAS, Portela DL, Willrich JQ, Jardim VMR, Santos VB. Prevalência de ideação e tentativa de suicídio entre usuários de um centro de atenção Psicossocial. *Rev Gaúch Enferm*, 2021; 42: e20190505.
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde e Bem-Estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. [Internet], 2019 [acesso mai 2022]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>
4. Brasil. Lei 13.819 Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio de 26 de abril de 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>.
5. Campisi SC, Carducci B, Akseer N, Zasowski C et. Al. Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC Public Health* 2020; 20: 1102.
6. Nyundo A, Manu A, Regan M, Ismail A. Factors associated with depressive symptoms and suicidal ideation and behaviours amongst sub-Saharan African adolescents aged 10-19 years: cross-sectional study. *Trop Med Int Health* 2020; 25: 54-69.
7. May AM, Lawson C, Bryan A, Bryan CJ. Nonsuicidal self-injury, suicide ideation and suicide attempts in the National Guard. *Compr Psychiatry* 2018; 86: 115-118.
8. Chu J, Maruyama B, Batchelder H, Goldblum P, Bongar B, Wickham RE. Cultural pathways for suicidal ideation and behaviors. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2020; 26: 367-377.
9. Benbenishty R, Astor RA, Roziner I. A School-Based Multilevel Study of Adolescent Suicide Ideation in California High Schools. *J Pediatr* 2018; 196: 251-257.
10. Choi B. Job strain, long work hours, and suicidal ideation in US workers: a longitudinal study. *Int Arch Occup Environ Health* 2018; 91: 865-875.
11. OMS alerta: Suicídio é a 3ª causa de morte de jovens brasileiros entre 15 e 29 anos. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). [Internet], 2020 [acesso mai 2022]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/09/10/oms-alerta-suicidio-e-a-3a-causa-de-morte-de-jovens-brasileiros-entre-15-e-29-anos/>.
12. Dejours C, Bègue F. Suicídio e trabalho: o que fazer? Sobradinho (DF): Paralelo 15; 2010.
13. Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 2020. Disponível em: <http://www.ccvisat.ufba.br/bases-de-dados/>.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Projeção da População (ano 2020). [Internet] [Acesso mai 2022]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579>.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Síntese de Indicadores Sociais (ano 2020). [Internet] [Acesso mai 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=resultados>.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PNADc 2020. [Acesso nov 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/fazenda/pt-br/centrais-de-conteudos/publicacoes/conjuntura-economica/emprego-e-renda/2020/ie-pnadc-junho-2020.pdf>
17. Datasus. LivroIDB: Taxa de Crescimento da População – A3. [Acesso nov 2022]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/a03.pdf>.
18. O'Connor R, Kirtley, O. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2018; 373. 20170268. 10.1098/rstb.2017.0268.
19. Corrêa F, Rodrigues B, Mendonça J, Cruz L. Pensamento suicida entre a população transgênero: um estudo epidemiológico. *J Bras Psiquiatr* 2020; 69: 13-22.

20. Neves MS. Determinação Social das Tentativas de Suicídio em Regiões Produtivas do Agronegócio em Mato Grosso – Brasil [Tese de Doutorado]: UFMG 2021. 355 p.
21. Sapara A, Shalaby R, Osiogo F, Hrabok M et. Al. COVID-19 pandemic: demographic and clinical correlates of passive death wish and thoughts of self-harm among Canadians. *J Ment Health* 2021; 30: 170-178.
22. Chen R, Zhu X, Wright L, Drescher J, Gao Y, Wu L, Ying X, Qi J, Chen C, Xi Y, Ji L, Zhao H, Ou J, Broome MR. Suicidal ideation and attempted suicide amongst Chinese transgender persons: National population study. *J Affect Disord* 2019 Feb 15;245:1126-1134.
23. Aslan M, Hocaoglu C, Bahceci B. Description of suicide ideation among older adults and a psychological profile: a cross-sectional study in Turkey. *Cien Saude Colet* 2019; 24: 1865-1874.
24. Ministério Público Federal (MPF). Operação Resgate II retira 337 trabalhadores de condições análogas à escravidão. Procuradoria Geral da República 2022. [Acesso out 2022]. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr/operacao-resgate-ii-retira-337-trabalhadores-de-condicoes-analogas-a-escravidao>.
25. Araujo J, Greggio M, Pinheiro T. Agrotóxicos: a semente plantada no corpo e na mente dos trabalhadores rurais. *Psicol ver* 2013;19(3): 389-406. [Acesso nov 2022]. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682013000300005&lng=pt&nrm=iso.
26. Maciel M, Ivonete Juliani L. Desindustrialização: uma análise das evidências para a economia brasileira no período 2000-2017. SIEPE [Internet] 2020 [acesso nov 2022]; 10(2). Disponível em: <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/100541>.
27. Berenchtein Netto N. A morte proibida do trabalhador – análise histórico-social das relações entre suicídio e trabalho no Brasil. In: Barreto M, Berenchtein Netto N, Pereira LB. Do assédio moral à morte de si: significados sociais do suicídio no trabalho. São Paulo: Matsunaga 2011; 123-161.
28. O'Brien R, Bair EF, Venkataramani AS. Death by Robots? Automation and Working-Age Mortality in the United States. *Demography* 2022; 9774819.
29. Ribeiro LM. O sofrimento nos períodos da grande indústria e do pós grande indústria. *ÎANDÉ: Ciências e Humanidades* 2019;3(1):96-105-96.
30. Antunes R. A uberização e as novas experimentações do trabalho no capitalismo virótico. *Trabalho e Valor* 2020; p. 96.
31. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Bueno S, Lima RS [org.]. Fundação Ford, Ano 14, 2020.
32. Pereira GK, Madruga AB, Kawahala E. Suicídios em uma organização policial-militar do sul do Brasil. *Cad saúde colet* 2020; 28(4):500-509.
33. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *Qjm An Int J Med* 2020; 113(10): 707-712.
34. Mortier P, Vilagut G, Ferrer M, Serra C et. Al. Thirty-day suicidal thoughts and behaviors among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak. *Depress Anxiety* 2021; 38: 528-544.
35. Berardelli I, Sarubbi S, Rogante E, Cifrodelli M, Erbuto D, Innamorati M, Lester D, Pompili M. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide ideation and suicide attempts in a sample of psychiatric inpatients. *Psychiatry Res* 2021;303:114072.
36. Pinho OS, Freitas AMC, Cardoso MCB, Silva JS, Reis LF, Muniz CFD, Araújo TM. Trabalho remoto docente e saúde: repercuções das novas exigências em razão da pandemia da Covid-19. *Trab educ saúde* 2021;(19):e00325157. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00325>

37. Finazzi-Santos MA; Siqueira MVS. Considerações sobre trabalho e suicídio: um estudo de caso. *Rev Bras Saude Ocup* [online] 2011;(36):123. [Acesso em maio 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100007>.
38. Niedhammer I, Bèque M, Chastang JF, Bertrais S. Psychosocial work exposures and suicide ideation: a study of multiple exposures using the French national working conditions survey. *BMC Public Health* 2020; 20: 895.
39. Breilh, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública* 2013;31:13-27.
40. Laurell, AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED (org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983:133-158.

5.2 ARTIGO 2

FATORES ASSOCIADOS À IDEAÇÃO SUICIDA EM POPULAÇÃO URBANA

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência da ideação suicida em população urbana e avaliar os fatores associados à sua ocorrência. **MÉTODO:** Estudo transversal, com 4.170 indivíduos de 15 anos ou mais de idade. Foram analisados dados sociodemográficos e de saúde, hábitos de vida, vivência de violência e insatisfação. A ideação suicida (IS) foi investigada pelo item 17 do SRQ-20. Os procedimentos metodológicos incluíram análises bivariadas, multivariada ordenada intra e interblocos e ponderações para amostras complexas. **RESULTADOS:** A prevalência de ideação suicida nos últimos 30 dias foi de 6,5%. Resultados da análise multivariada indicaram que ser mulher, ter menor escolaridade (fatores distais), vivência de violência emocional ou física, percepção negativa de saúde, insatisfação com a qualidade de vida e consigo próprio (fatores intermediários), distúrbio do sono, transtorno de ansiedade generalizada e depressão (fatores proximais) associaram-se à IS. **CONCLUSÕES:** Vulnerabilidades sociais, indicadores de insatisfação e psicopatologias devem ser priorizadas no planejamento de ações de prevenção e enfrentamento da ideação suicida, com prioridade para ações de vigilância em saúde mental considerando também os elementos distais e intermediários. O monitoramento da IS e ações para sua redução terá impacto na redução das taxas de suicídio, sendo a IS um bom indicador para ações de vigilância desse evento trágico.

Palavras-chave: Ideação Suicida, Saúde Mental, Grupos Etários, Saúde de Grupos Específicos, Distribuição por Idade.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of suicidal ideation in an urban population and to evaluate factors associated with its occurrence. **METHODS:** Cross-sectional study, with 4,170 individuals aged 15 years or older. Sociodemographic and health data, life habits, violence experience and dissatisfaction were analyzed. Suicidal ideation (SI) was investigated by item 17 of the SRQ-20. Methodological procedures included bivariate, ordered multivariate intra-

and interblock analyses, and weighting for complex samples. RESULTS: The prevalence of suicidal ideation in the past 30 days was 6.5%. Results of the multivariate analysis indicated that being female, having less education (distal factors), experience of emotional or physical violence, negative health perception, dissatisfaction with quality of life and with oneself (intermediate factors), sleep disturbance, generalized anxiety disorder, and depression (proximal factors) were associated with SI. CONCLUSIONS: Social vulnerabilities, indicators of dissatisfaction, and psychopathologies should be prioritized in the planning of actions to prevent and confront suicidal ideation, with priority for surveillance actions in mental health considering also the distal and intermediate elements. The monitoring of SI and actions for its reduction will have an impact on reducing suicide rates, being the SI a good indicator for surveillance actions of this tragic event.

Keywords: *Suicidal Ideation, Mental Health, Age Groups, Health of Specific Groups, Age Distribution.*

INTRODUÇÃO

A ideação suicida é um fenômeno prevalente e pouco evidenciado nas publicações mundiais. Estimativas apontam que 9,2% da população, em pelo menos algum momento da vida, apresenta a ideação suicida (DENNESON et al., 2020). Nos Estados Unidos, foram registrados, por ano, cerca de 140 milhões de relatos de ideação suicida e 25 milhões de tentativas de suicídio (BAQUERO et al., 2017). Aproximadamente 2,7% da população mundial tenta o suicídio anualmente (DENNESON et al., 2020). As tentativas são entre 10 e 20 vezes mais frequentes do que a ocorrência do evento trágico (ROCHA et al., 2020). Portanto, a ideação faz parte de um contexto suicida, composto não apenas pelo evento fatal, mas pela tentativa e pelos planos suicidários. Sua compreensão é fundamental para o planejamento em saúde e para a redução das taxas de suicídio.

O suicídio representa um problema grave de saúde pública e, portanto, esforços que caminhem no sentido de seu enfrentamento precisam ter maior evidência e investimentos. A Organização Mundial de Saúde aponta que 90% dos casos de suicídio poderiam ser evitados, porém, aproximadamente 800 mil pessoas cometem suicídio por ano, ou seja, há um suicídio a cada 40 segundos ocorrendo no mundo, representando uma taxa de 11,6 por 100 mil habitantes (WHO, 2021). O Brasil é o décimo quinto país das Américas em casos de suicídio (6,4/100 mil

habitantes), mas ocupa a segunda posição em números brutos (14.540 casos), ficando atrás apenas para os Estados Unidos (53.099) (KANTORSKI et al., 2021, WHO, 2021).

Conhecer os determinantes da ideação suicida, um evento presente na produção do suicídio, é fundamental para o planejamento de intervenções eficientes. Existem múltiplas condições que repercutem diferentemente para a ideação suicida. As psicopatologias são as que figuram na literatura internacional como eventos mais fortemente associados (ZAKHOUR *et al.*, 2021).

Apesar das fortes evidências que aproximam o suicídio e seu contexto mais proximal às psicopatologias, cabe compreender que ele não é um evento pontual e exclusivamente determinado pelos transtornos mentais. O suicídio deriva de uma construção determinada por processos cognitivos, comportamentais, sentimentais, de múltiplas gêneses que culminam no sofrimento individual, muitas vezes intermediado pelas psicopatologias, mas não condicionado exclusivamente por elas (NEVES, 2021; WETHERALL *et al.*, 2018). Portanto, apesar da proximidade entre as doenças psíquicas e comportamento suicida, conhecer outros fatores que condicionam a ideação suicida é fundamental para o distanciamento necessário do modelo biomédico tradicional, que se aproveita destas evidências terminais para fortalecer o discurso medicalizante do problema.

Há um conjunto de condições que propiciam sofrimento e determinam o contexto suicida. Em estudo recente, a vivência em ambientes violentos, associado com outras condições socioeconômicas, foi destacada como ‘fator contextual’ que explicam o elevado índice de suicídio nas Américas (LANGE *et al.*, 2023). Fatores como o gênero e a baixa e média escolaridade repercutem diretamente nos diversos acessos às estruturas que ofertam segurança social, melhores condições de saúde física e mental e de conforto, como: os serviços de saúde, de educação, de trabalho e renda qualificadas (LANGE *et al.*, 2023; CHEN *et al.*, 2019). Todas estas condições fazem parte, portanto, de uma cadeia que propicia a ocorrência de sentimentos, sensações, comportamentos e manifestações clínicas mais proximais ao contexto suicida. A insatisfação global, enquanto construto, ora subjetivo, pois depende das acepções e contextos de vida individuais, mas também objetivos, pois é formado por estruturas palpáveis disponíveis (ou não) aos grupos populacionais; figura entre eles e são precursores de psicopatologias, como também, da ideação suicida (BAQUERO *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2020; DENNESON *et al.*, 2020; O’CONNOR; KIRTLEY, 2018; KYUNG *et al.*, 2020; CHENG *et al.*, 2020).

Portanto, na análise de um desfecho em saúde deve-se analisar tanto os eventos que estão mais diretamente associados à sua ocorrência, os chamados fatores proximais, quanto abarcar também as condições e características estruturais (fatores denominados distais) que ordenam desigualdades e distribuição diferenciada dos fatores proximais. Este estudo tem a finalidade de contribuir na produção de conhecimento sobre os fatores associados a ideação suicida, incluindo, na análise, os fatores proximais, intermediários e distais. A análise dessas dimensões poderá identificar elementos para a proposição de ações de enfrentamento considerando diferentes níveis de ação. Este estudo objetivou estimar a prevalência da ideação suicida em população urbana, e identificar fatores associados à sua ocorrência ordenados em blocos (proximais, intermediários e distais) em um município de grande porte do nordeste brasileiro.

MÉTODOS

Tipo e local do estudo

Estudo transversal, com dados oriundos da segunda onda da coorte prospectiva intitulada “Vigilância em saúde mental e trabalho: uma coorte da população de Feira de Santana-BA”, realizada pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB/SESAB/CNPQ/MS PPSUS/BA – 028/2018 e 002/2021).

População, amostra e critérios de elegibilidade

A amostra deste estudo foi composta por 4.170 indivíduos, com 15 anos ou mais de idade, residentes em zona urbana do município de Feira de Santana, Bahia, Brasil. A seleção dos participantes se deu por amostragem complexa, estratificada por subdistritos da zona urbana do município. O sorteio de conglomerados foi feito em dois estágios (setores censitários e ruas).

Os sorteios em cada subdistrito obedeceram às fases: (1) amostragem simples das unidades primárias de amostragem (setor censitário); (2) em cada setor censitário procedeu-se amostragem probabilística proporcional (domicílios por rua e pessoas por domicílio, de acordo com faixa etária e sexo) utilizando-se dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE); e (3) Sorteio aleatório das ruas onde as entrevistas seriam realizadas. Todos os domicílios das ruas sorteadas foram abordados para realização das entrevistas.

Os critérios de elegibilidade dos indivíduos foram: ter 15 anos ou mais de idade e residir no domicílio selecionado. Todos os elegíveis foram convidados a responder a pesquisa. Os critérios de exclusão foram: pessoas com deficiência auditiva ou verbal e/ou que apresentavam alguma condição psicoemocional sensível que lhe impedisse de compreender e responder a pesquisa.

Procedimentos de coleta de dados

Foram realizadas entrevistas individuais, face-a-face, no próprio domicílio, por equipe de pesquisa previamente treinada. Para reduzir as perdas, a equipe realizou até três visitas ao mesmo domicílio em dias e turnos alternados. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2018 e novembro de 2019, diurnamente, em todos os dias da semana.

Instrumento de coleta de dados e variáveis do estudo

A ideação suicida, desfecho deste estudo, foi avaliada pelo item 17 do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (SANTOS *et al.*, 2009): “tem tido ideia de acabar com a vida?”. A variável ideação suicida foi categorizada em 0-Não (ausência) e 1-Sim (presença).

As variáveis de exposição incluíram:

- a) Características sociodemográficas: faixa etária, gênero, raça/cor autorreferida, situação conjugal, ocupação, renda mensal e escolaridade.
- b) Violências sofridas: vivência de violência emocional ou física nos últimos 24 meses, vivência de violência quando criança.
- c) Condições de saúde: percepção de saúde autorreferida, presença de doenças crônicas diagnosticadas pelo médico.

A percepção de saúde autorreferida foi avaliada pela pergunta “de um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?”, com opções de resposta que variaram de 1-Muito ruim a 5-Muito boa. A variável foi dicotomizada em percepção 0-positiva (boa, muito boa) e 1-negativa (regular, ruim e muito ruim).

A presença de doenças crônicas diagnosticadas pelo médico foi investigada por meio de respostas dicotômicas (0-Não, 1-Sim) para uma relação de 11 doenças (diabetes mellitus,

obesidade, hipertensão arterial sistêmica, câncer, cardiopatia, doença da tireoide, hanseníase, tuberculose, doença articular degenerativa, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, AIDS). O indivíduo que apresentou resposta positiva a pelo menos um item foi categorizado como 1-Sim quanto à presença de doenças crônicas diagnosticadas pelo médico.

d) Hábitos de vida: consumo excessivo de álcool, ausência de atividades de lazer (0-Não, 1-Sim), ausência de atividades de socioculturais (0-Não, 1-Sim).

O consumo excessivo de álcool foi avaliado pelo *Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener* (CAGE): inclui quatro questões com opções de respostas dicotômicas (sim/não). Foi utilizado o ponto de corte de duas ou mais respostas positivas (AMARAL; MALBERGIER, 2004).

e) Trabalho doméstico: sobrecarga doméstica (SD) - a sobrecarga doméstica foi avaliada por meio de avaliação do grau de responsabilidade em realizar as atividades de cozinhar, limpar a casa, lavar e passar roupas (AQUINO, 1996), avaliados numa escala de 0 (não faz) a 4 (faz inteiramente). O escore de SD foi obtido pela soma da pontuação atribuída aos itens ponderada pelo número de moradores da casa [SD= lavar+passar+limpar+cozinhas x (M-1)]. De acordo com os tercis os níveis de SD foram classificados em baixo, moderado e alto e recategorizados em 0:Baixo/Moderado (menor exposição) e 1:Alto (maior exposição).

f) Insatisfação global: insatisfação com as relações pessoais, insatisfação consigo mesmo e insatisfação com a qualidade de vida - As variáveis de insatisfação foram extraídas do *World Health Organization Quality of Life* (FLECK, 2000). Nas questões que avaliaram a satisfação com as relações pessoais e consigo mesmo, as opções de resposta variaram de 1-muito insatisfeito a 5-muito satisfeito; para a qualidade de vida, foram de 1-muito ruim a 5-muito boa. Nas análises, as variáveis foram categorizadas em 0-satisfeito(a) (valores 4 e 5) e 1-insatisfeito(a) (valores 1 a 3).

g) Psicopatologias: incluiu distúrbios do sono, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, transtornos somatoformes e depressão - Os distúrbios do sono foram avaliados pelo *Mini-Sleep Questionnaire* (MSQ), versão traduzida e validada para o Brasil (FALAVIGNA et al., 2011), constituída por 10 itens com opções de resposta em escala *Likert* que variam de: 1 (nunca) a 7 (sempre). O escore do padrão de sono é dado pela soma da pontuação obtida nos itens e posteriormente categorizado em: bom (10 a 24 pontos), levemente alterado (25 a 27 pontos), moderadamente alterado (28 a 30 pontos) e muito alterado (≥ 31 pontos). Para as análises, a presença de distúrbios do sono foi recategorizada em 0-Não (referência) e 1-Sim (escore ≥ 25 =exposição).

Os demais transtornos mentais foram avaliados pelos módulos específicos do *Patient Health Questionnaire* (PHQ) (SPITZER; KROENKE; WILLIAMS, 1999):

- a) Transtornos de pânico: 15 itens com opções de resposta dicotômicas (0-Não, 1-Sim), em que a presença do transtorno é dada por resposta positiva (sim) a quatro ou mais dos 11 sintomas constantes da lista de ataques de pânico (KROENKE et al., 2010).
- b) Transtorno de ansiedade generalizada (TAG): essa subescala avalia a frequência com que o indivíduo se incomodou, nas últimas quatro semanas, com problemas relacionados à ansiedade. Os sete itens possuem respostas em escala likert que variam de 0 (nenhuma) a 2 (mais que a metade dos dias). A presença de TAG é dada por quatro ou mais respostas “mais que a metade dos dias” e, obrigatoriamente, entre eles, resposta positiva para o item “sentir-se nervoso, ansioso, tenso ou muito preocupado” (KROENKE et al., 2010).
- c) Transtornos de somatoformes: o módulo é constituído por 13 itens com opções de resposta que variaram de 0 (Não me senti incomodado) a 2 (incomodou-me muito). O escore foi dado pela soma da pontuação atribuída aos itens, sendo a presença de transtornos somatoformes identificada pelo ponto de corte igual a 10 (KORBER et al., 2011).
- d) Depressão: utilizou-se a versão de 8 itens (PHQ-8), validada para uso no Brasil (LUA et al., 2022), com categorias de resposta do tipo likert, que variaram de 0 (nenhum dia) a 3 (quase todos os dias). O escore é computado pela soma das pontuações dadas aos itens e a presença de depressão é detectada pelo ponto de corte igual 10 (KROENKE et al., 2010).

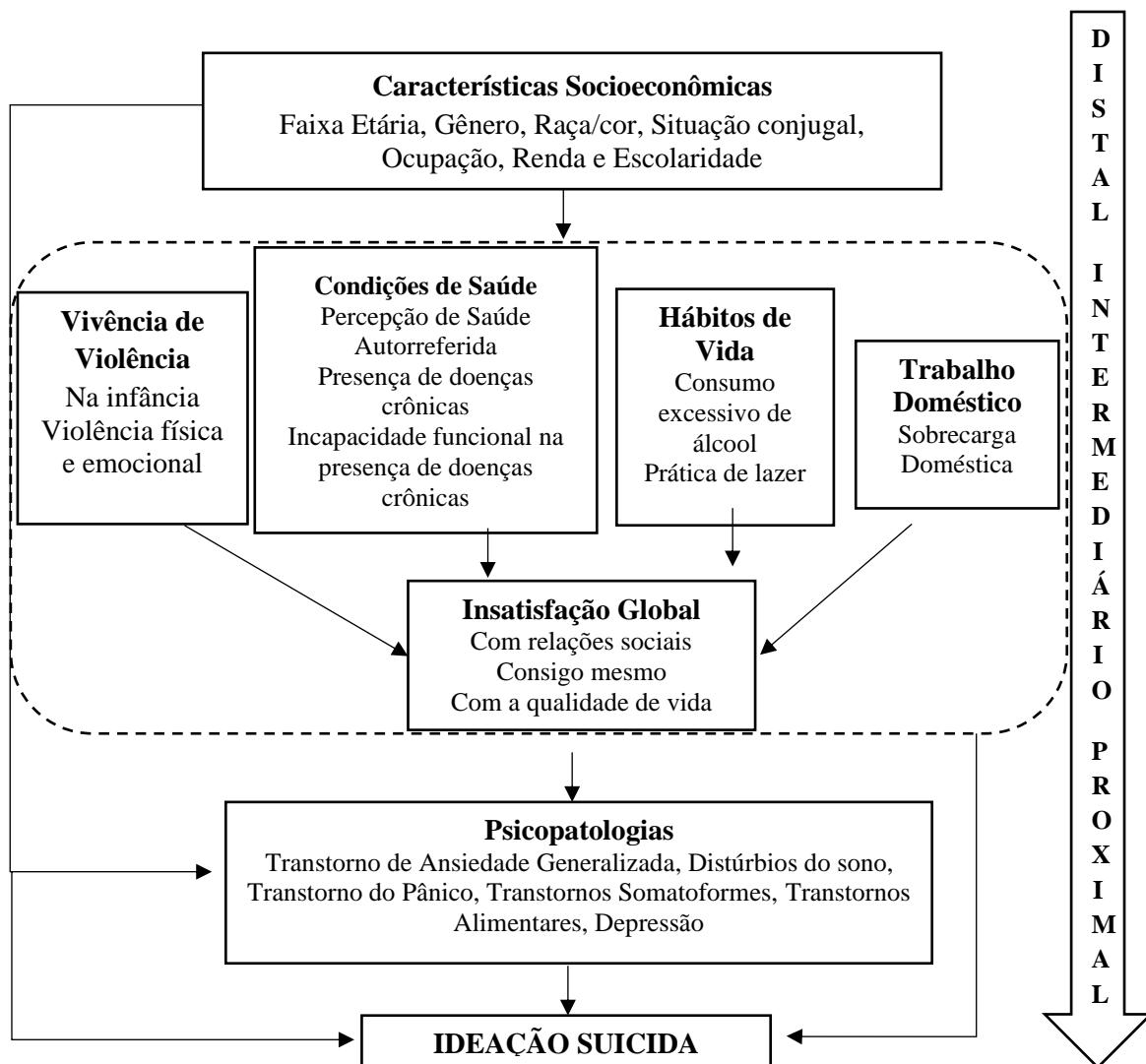
Modelo teórico

A partir de ampla revisão da literatura foi elaborado um modelo teórico ordenado por blocos de variáveis dispostas por nível de proximidade com o evento ideação suicida (IS) (Figura 1). O bloco distal incluiu as características socioeconômicas e demográficas: faixa etária, gênero, raça/cor, situação conjugal, ocupação, renda e escolaridade.

O bloco intermediário incluiu cinco subestruturas em que foram alocadas: (a) vivência de violência (violência física ou emocional e na infância); (b) condições de saúde (percepção da saúde autorreferida, presença de doenças crônicas e incapacidade funcional na presença de doenças crônicas); (c) hábitos de vida (consumo excessivo de álcool e prática de lazer); (d) trabalho doméstico (sobrecarga doméstica); e, insatisfação global (com as relações sociais, consigo mesmo e com a qualidade de vida).

O último bloco, proximal a ideação suicida, foi constituído pelas psicopatologias: transtorno de ansiedade generalizada (TAG), distúrbios do sono, transtorno do pânico, transtornos somatoformes, transtornos alimentares e a depressão.

Figura 1. Modelo teórico de determinação da ideação suicida



Procedimentos de análise dos dados

O banco de dados foi digitado e organizado no software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 24. As análises foram conduzidas no software Stata, versão 16.0, com utilização do módulo *survey* para realizar ponderação para amostras complexas. Primeiramente, foram calculadas frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas de interesse e as estimativas de prevalência global e segundo as variáveis dos blocos estabelecidos no modelo

teóricos. Considerando que o evento investigado é de baixa frequência (abaixo de 10%), a medida de associação estimada foi a odds ratio (OR) com seus intervalos de confiança de 95.

Na análise bivariada, foi empregado o teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Rao-Scott para testar a associação entre desfecho - ideação suicida, e as variáveis de exposição, com significância estatística de 5%. Para o processamento da modelagem ordenada inter e intrablocos (HOSMER; LEMESHOW; STURDIVANT, 2013), foi conduzida a análise de Regressão Logística com o procedimento *backward*.

Primeiramente, a análise foi intrabloco, na qual se estimou a prevalência de IS para todas as variáveis de cada bloco, adotando-se critério de pré-seleção de $p\text{-valor} \leq 0,20$ (análise bivariada). Em cada bloco, com as variáveis pré-selecionadas, foi processada análise multivariada, ficando retidas as variáveis com $p\text{-valor} \leq 0,17$ (HOSMER; LEMESHOW; STURDIVANT, 2013). O passo seguinte, foi de análise interblocos, com entrada gradativa dos blocos de acordo com a estrutura conceitual do modelo ordenado (Figura 1), permanecendo as variáveis retidas no bloco anterior e aquelas do bloco seguinte na ordem de nível distal-intermediário-proximal. Nesta etapa, o critério de retenção foi $p\text{-valor} \leq 0,05$. Para avaliar a acurácia dos modelos foi aplicado o *F-adjusted mean residual test* (ARCHER; LEMESHOW, 2006). A multicolinearidade foi testada pelo *Variance Inflation Factor* (VIF) (SAMUELS, 2011).

Aspectos éticos e legais

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (protocolo n.º 2.420.653), em obediência às resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

A amostra incluiu 4.170 participantes, com predomínio de mulheres (65,6%), faixa etária de 25 a 59 anos (57,4%) e média de idade de 41,8 anos (DP=14,3; Mín.=15 e Máx.=93), 52,6% tinham ensino médio completo (2.162), seguido de 40,2% com até o ensino fundamental (1.652) e 7,2% com ensino superior (294). Predominaram pretos e pardos (79,3%), sem companheiro(a) (50,9%), trabalhadores(as) (54,7%), com renda mensal maior ou igual a R\$1.000,00 (50,2%) e média de R\$ 1.543,75 (DP=1.484,95; Mín.=89,00 e Máx.=15.000,00). Essas variáveis corresponderam, segundo o modelo estabelecido, ao nível distal ou estrutural.

A prevalência de ideação suicida foi de 6,5% (n=270). Destacaram-se, com maiores prevalências de ideação suicida, as mulheres (8,6%), adolescentes e adultos jovens (10,7%), indivíduos com ensino superior (7,3%), não trabalhadores(as) (12,0%) e menor renda mensal (5,9%) (Tabela 1).

A proporção de pessoas que vivenciaram violência emocional ou física nos últimos 24 meses foi de 12,7% e de violência quando criança foi 13,5%. O consumo excessivo de bebida alcoólica atingiu 10,7%. Predominou a percepção positiva da saúde (67,0%), ausência de doenças crônicas diagnosticadas (62,1%), prática de atividades de lazer (83,3%) e socioculturais (98,1%). A sobrecarga doméstica alta foi relatada por 33%. A satisfação com as relações pessoais (85,7%), consigo mesmo (84,6%) e com a qualidade de vida (66,0%) foram, em geral, elevadas (Tabela 1). Maiores prevalências de ideação suicida foram observadas em pessoas que sofreram violência física ou emocional (19,8%; p-valor<0,001) e quando criança (22,3%; p-valor=0,001), percepção negativa da saúde (14,8%; p-valor<0,001), alto nível de sobrecarga doméstica (9,1%; p-valor=0,021), consumo excessivo de bebida alcoólica (10,8%; p-valor=0,021) e insatisfeitos com as relações pessoais (19,4%; p-valor<0,001), consigo mesmo (22,5%; p-valor<0,001) e a qualidade de vida (15,6%; p-valor<0,001) (Tabela 1).

Quanto aos determinantes proximais, evidenciou-se maior proporção de pessoas sem TAG (93,1%), distúrbio do sono (69,2%), transtorno de pânico (90,3%), transtornos somatoformes (85,8%) ou depressão (89,4%). As prevalências de ideação suicida foram mais elevadas nos grupos com algum tipo de transtorno mental (p-valor<0,001) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da frequência da população urbana com 15 ou mais, segundo variáveis independentes e de acordo com a prevalência de ideação suicida. Feira de Santana-BA, 2022. (N=4.170)

Variáveis	n	%	Ideação suicida		
			n	P (%)	p-valor*
Ideação suicida (N=4.162)					
Sim	270	6,5			-
Determinantes distais					
Características socioeconômicas					
Gênero					0,005
Masculino	1.421	34,4	61	3,3	
Feminino	2.749	65,6	209	8,6	
Faixa etária (N=4.163)					
15 a 24 anos	783	18,6	70	10,7	
25 a 59 anos	2.313	57,9	152	6,1	
60 anos ou mais	1.067	23,5	47	3,8	

Escolaridade (N=4.108)				0,006
Até o ensino médio completo	3.814	92,8	253	7,3
Ensino superior	294	7,2	12	2,2
Raça/cor da pele (N=3.942)				0,444
Não negros	682	20,7	41	8,4
Negros	3.260	79,3	224	5,7
Situação conjugal (N=4.107)				0,361
Sem companheiro(a)	2.217	50,9	163	7,4
Com companheiro(a)	1.890	49,1	106	6,3
Ocupação (N=2.993)				0,058
Trabalha	1.629	54,7	94	5,0
Não trabalha	1.364	45,3	94	12,0
Renda mensal (N=1.608)				0,045
Até R\$ 1.000,00	786	49,8	62	5,9
R\$ 1.000,00 ou mais	822	50,2	37	3,2
Determinantes intermediários				
Violências sofridas				
Violência emocional ou física (N=4.078)				<0,001
Não	3.536	87,3	170	4,9
Sim	542	12,7	92	19,8
Violência quando criança (N=4.129)				0,001
Não	3.613	81,5	193	4,4
Sim	516	13,5	74	22,3
Condições da saúde				
Percepção de saúde (N=4.138)				<0,001
Positiva	2.756	67,0	103	2,9
Negativa	1.382	33,0	165	14,8
Presença de doenças crônicas (N=4.135)				0,448
Não	2.632	62,1	163	6,5
Sim	1.503	37,9	103	7,3
Trabalho Doméstico				
Sobrecarga doméstica (N=3.723)				0,021
Baixa/Moderada	2.465	67,0	150	6,2
Alta	1.258	33,0	106	9,1
Hábitos de vida				
Consumo excessivo de álcool (N=1.278)				0,021
Não	1.126	89,3	59	4,0
Sim	152	10,7	18	10,8
Ausência de atividades de lazer (N=4.135)				0,864
Não	3.363	83,3	200	6,8
Sim	772	16,7	68	7,2
Ausência de atividades de socioculturais (N=4.053)				0,914
Não	3.975	98,1	247	6,7
Sim	78	1,9	7	6,3
Insatisfação global				
Insatisfação com as relações pessoais (N=3.953)				<0,001
Não	3.406	85,7	170	5,1
Sim	547	14,3	85	19,4

Insatisfação consigo mesmo (N=3.955)	<0,001			
Não	3.369	84,6	139	4,4
Sim	586	15,4	115	22,5
Insatisfação com a qualidade de vida (N=3.967)	<0,001			
Não	2.645	66,0	103	2,8
Sim	1.322	34,0	153	15,6
Determinantes proximais				
Psicopatologias				
Transtorno de Ansiedade Generalizada (N=4.114)	<0,001			
Não	3.845	93,1	204	5,1
Sim	269	6,9	64	31,1
Distúrbio do sono (N=4.102)	<0,001			
Não	3.047	69,2	99	3,1
Sim	1.055	30,8	167	15,0
Transtorno de pânico (N=4.125)	<0,001			
Não	3.776	90,3	169	4,6
Sim	349	9,7	94	25,7
Transtornos somatoformes (N=1.931)	<0,001			
Não	1.668	85,8	81	5,4
Sim	263	14,2	64	30,6
Depressão (N=4.129)	<0,001			
Não	3.791	89,4	149	3,9
Sim	338	10,6	117	31,9

Fonte: autoria própria. Estatísticas obtidas via ponderação de amostras complexas.

P: Prevalência.

*p-valor obtido pelo teste Qui-Quadro de Pearson com correção de Rao-Scott (significância de 5%).

Na modelagem intrabloco, foram retidas para a etapa seguinte de análise apenas as variáveis que atenderam ao critério de significância estatística estabelecido ($p\text{-valor} \leq 0,17$). Seguiu-se com a etapa interbloco, procedendo-se à análise ordenada de acordo com o modelo teórico adotado. Ressalta-se que, no modelo final, a variável ‘insatisfação com as relações pessoais’, apesar de perder significância estatística, foi mantida para ajuste de confundimento.

Desta forma, após a análise multivariada interbloco, permaneceram associadas à ideação suicida as variáveis gênero, escolaridade, violência emocional ou física, percepção de saúde, insatisfação com a qualidade de vida, consigo mesmo, distúrbios do sono, depressão e TAG. As medidas de associação das variáveis do modelo final foram robustas. Por exemplo, a frequência de ideação suicida foi quase quatro vezes maior nos grupos com presença de TAG ($OR=3,91$; $IC95\% = 1,25-12,22$) e com ensino médio completo ($OR=3,56$; $IC95\% = 1,23-10,36$); quase três vezes entre as mulheres ($OR=2,63$; $IC95\% = 1,27-5,45$), quem tinha percepção negativa da saúde ($OR=2,76$; $IC95\% = 1,53-4,99$) e insatisfação com a qualidade de vida ($OR=2,67$; $IC95\% = 1,49-4,80$); cerca de duas vezes maior entre quem sofreu violência

emocional e física (OR=1,98; IC95%=1,02-3,82), tinham insatisfação consigo mesmo (OR=1,89; IC95%=1,03-3,48), distúrbio do sono (OR=1,87; IC95%=1,03-3,40) e depressão (OR=2,39; IC95%=1,03-5,56). O VIF médio foi 1,82 e individual máximo de 3,04 para a escolaridade, descartando a possibilidade de presença de multicolinearidade entre as variáveis do modelo (Tabela2).

Tabela 2. Análise ordenada de fatores associados à ideação suicida em população urbana com 15 ou mais residente em município de grande porte. Feira de Santana-BA, 2022. (N=4.170)

Variáveis	OR ^a	IC 95%
Determinantes distais		
Características socioeconômicas		
Gênero		
Feminino	2,63	1,27-5,45
Masculino	1,00	
Escolaridade		
Até o ensino médio completo	3,57	1,23-10,36
Ensino superior	1,00	
Determinantes intermediários		
Violências sofridas		
Violência emocional ou física		
Não	1,00	
Sim	1,98	1,02-3,82
Condições da saúde		
Percepção de saúde		
Positiva	1,00	
Negativa	2,76	1,53-4,99
Insatisfação global		
Insatisfação com a qualidade de vida		
Não	1,00	
Sim	2,67	1,49-4,80
Insatisfação consigo mesmo		
Não	1,00	
Sim	1,89	1,03-3,48
Determinantes proximais		
Psicopatologias		
Distúrbios do sono		
Não	1,00	
Sim	1,87	1,03-3,40
Transtorno de Ansiedade Generalizada		
Não	1,00	
Sim	3,91	1,25-12,22
Depressão		
Não	1,00	
Sim	2,39	1,03-5,56

Fonte: autoria própria. Estatísticas obtidas via ponderação de amostras complexas.

OR: Odds Ratio; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. VIF Médio: 1,79.

^a Modelo ajustado pela variável: insatisfação com as relações pessoais.

DISCUSSÃO

Este estudo analisou um conjunto amplo de fatores potencialmente associados à IS. Esses fatores foram analisados a partir de um modelo teórico ordenado em níveis distal, intermediário e proximal. Essa estrutura de ordenamento foi feita para permitir investigação de diferentes níveis de interação com o desfecho estudado, posto que, tradicionalmente, predomina na literatura a análise de fatores proximais, como os transtornos mentais. Este estudo incluiu esses fatores mais próximos ao evento IS, mas também focalizou fatores estruturais, envolvendo níveis de determinação distais. Dentre os determinantes distais, gênero e escolaridade foram os fatores associados à IS. Juntamente com a vivência de violência, a autopercepção ruim da saúde e sentimentos de insatisfação mediam, no nível intermediário, o desfecho. E de forma mais aproximada à IS, figuraram o transtorno do sono e as psicopatologias: depressão e ansiedade.

Determinantes distais da ideação suicida

As diferenças de gênero são amplamente consolidadas nas publicações mundiais. São inúmeras as evidências que as mulheres apresentam maior risco à ideação suicida (WHO, 2019; KANTORSKI *et al.*, 2021; CAMPISI *et al.*, 2020; NYUNDO *et al.*, 2020; MAY *et al.*, 2018). Em pesquisa com mais de vinte mil trabalhadores(as) franceses, ser mulher destacou-se na determinação da ideação suicida (NIEDHAMMER *et al.*, 2020). Essa associação também foi observada na China em estudo com mais de dois mil trabalhadores(as) (LIU *et al.*, 2019). Em outra pesquisa, ganhou destaque o achado de que o estresse familiar, cristalizado na sobrecarga de trabalho no lar, associado ao estresse no trabalho, elevaram em cinco vezes a chance das mulheres apresentarem ideação suicida, quando comparadas aos homens (LIN *et al.*, 2020).

O nível de escolaridade é fator estruturante das condições gerais de vida, viabilizando ou criando barreiras para a qualidade do trabalho, desemprego, renda, valorização social e acesso a bens e serviços. Baixos níveis de escolaridade podem favorecer vivência em contextos sociais de marginalidade e violência, produzindo sofrimento mental. Portanto, é fator com papel preponderante na explicação da ideação suicida, como evidenciado em estudos mundiais (LANGE *et al.*, 2023; CHEN *et al.*, 2019; ASLAN *et al.*, 2019; PEREIRA *et al.*, 2020; LIN *et al.*, 2020). Em diversos grupos se observou associação entre escolaridade e IS: maior prevalência de ideação suicida em pessoas de média escolaridade foi observada entre trabalhadoras (CHEN *et al.*, 2019), em idosos turcos (ASLAN *et al.*, 2019), em adultos

(PEREIRA *et al.*, 2020) e em jovens estudantes brasileiros (SOUZA *et al.*, 2020). Tais dados indicam que independente da fase da vida, a escolaridade é condição, constantemente presente em indivíduos com ideação suicida.

As diferenças de gênero, juntamente como a baixa e média escolaridade, repercutem historicamente nas condições de (des)emprego e na renda. Estes, são fenômenos sociais historicamente determinados por um modelo de produção de vida excludente, principalmente com a mulher que, subjugada em uma sociedade machista e sexista, ocupa posições sociais e econômicas desfavoráveis e desvalorizadas, às quais se soma a jornada de trabalho doméstico e cuidado da família (PINHO; ARAÚJO, 2012).

Determinantes intermediários da ideação suicida

Dentre os fatores intermediários, estavam associados à IS: viver sob contexto de violência, seja física e/ou emocional; ter uma percepção ruim da própria saúde; e apresentar insatisfação consigo mesmo e com a qualidade de vida.

As manifestações de violência associadas à ideação suicida, ocorrem em distintos locais e são perpetradas por atores diversos, seja no local de trabalho ou no seio familiar (DUPREY *et al.*, 2021). Em Israel, a violência emocional determinou o sentimento de aprisionamento e, por conseguinte, a ideação e o comportamento suicida (LEVI-BELZ; GADI ZERACH, 2018). O abuso psicológico assume condição de maior risco, quando comparado a outros tipos de abusos. Estar sob constante vivência, em um meio violento, provoca sofrimento em diversos níveis e agudiza as condições que promovem as insatisfações, as psicopatologias, a baixa estima e, por conseguinte, as condições favoráveis ao suicídio.

A IS associou-se à percepção negativa da própria saúde. A autopercepção de que algo com a saúde não está bem, pode fortalecer sentimentos de autodepreciação. A estética, o gostar de si, as imposições normativas socialmente referenciadas, a presença de limitações físicas e doenças, a ausência de atividades de lazer, as relações sociais pobres, dentre outras, podem figurar no bojo dessas condições. Portanto, ter uma saúde ruim e/ou se perceber em condição negativa de saúde conecta-se a sentimentos autodepreciativos, o que favorece a ideação suicida, como observado em estudos internacionais (ADEWUYA; OLADIPO, 2020; KYUNG *et al.*, 2020).

A insatisfação global, como um produto de um modelo de produção da vida, que tem múltiplas gêneses, como as já aqui discutidas, é um fator importante para a compreensão do contexto suicida. Portanto, a conformação nas impressões sobre a qualidade de vida e o entendimento de si; além das impressões sobre o corpo físico e psicológico, que definem a própria saúde, edificam a produção da (in)satisfação global, sendo este um fator de presença potente para a explicação da ideação suicida. Compreender essa dimensão, que transita entre fatos concretos e sentimentos, prévios às psicopatologias e a IS, pode ser um caminho interventivo importante para abordagens secundárias para a redução dos suicídios.

A insatisfação pode se vincular e se aproximar da ideação suicida a partir de construções dinâmicas que envolvem: sentimentos de desvalorização contínuos, impressões de derrota, humilhação, aprisionamento, inabilidade social, ausência de momentos de bem-estar e de sensações positivas ou expectativas de coisas boas a serem vividas na vida (O'CONNOR; KIRTLEY, 2018). Nessa perspectiva, Denneson *et al.* (2020) definem a ideação suicida como uma batalha angustiante, cristalizadas pela desesperança e desejos intensos de morte, como afirmam Baquero *et al.* (2017) e Pereira *et al.* (2020).

Portanto, lidar com a insatisfação é tarefa marcante para o enfrentamento da ideação suicida. Medidas que envolvam a produção de sentimentos positivos e de contentamento podem configurar fatores de proteção. Tais iniciativas precisam estar alinhadas a ações que promovam o bem estar, que é associado negativamente a ideação suicida, como evidenciado nos estudos de Kyung *et al* (2020) e de Cheng *et al* (2020). Emergindo assim, formas de apoio social como mecanismo estrutural fundante para as principais ações de proteção ao suicídio e seu contexto (FARIA *et al.*, 2020). Proporcionar a satisfação com a vida é essencial aos indivíduos para o enfrentamento dos desafios que provocam o sofrimento. Intervenções que estabeleçam o fortalecimento da satisfação com as relações pessoais, consigo mesmo, e com a qualidade de vida podem impedir ou remediar o problema (PEREIRA *et al.*, 2018).

Fatores proximais da ideação suicida

Neste estudo, a ideação suicida associou-se aos transtornos comportamentais/mentais: distúrbio do sono, depressão e ansiedade. Na literatura internacional, os transtornos mentais figuram como o fator explicativo mais proeminente da ideação suicida. Dos indivíduos que morreram por suicídio em países de baixa e média renda, os transtornos psiquiátricos estavam

presentes em 58% deles e em 45% dos que tinham comportamento suicida, sendo o transtorno de ansiedade um dos mais prevalentes nos casos de suicídio (KNIPE *et al.*, 2019). Os transtornos mentais foram verificados em estudos mundiais, em locais com contextos culturais diferentes (ADEWUYA; OLADIPO, 2020; BENBENISHTY *et al.*, 2018).

Os distúrbios do sono são amplamente discutidos na literatura como preditores da ideação suicida (LITTLEWOOD *et al.*, 2019; OWUSU *et al.*, 2020; KAINAT; IJAZ, 2020). Eles podem estar ligados a diversos fatores que implicam no sofrimento psicológico. A ruminação de pensamentos são componentes explicativos comuns, tanto do distúrbio do sono quanto do comportamento suicida: ruminação psicológica, ruminação taciturna e a ruminação reflexiva, são condições encontradas nos modelos explicativos para a ideação suicida e dos distúrbios do sono (HOLDAWAY *et al.*, 2018). Estes podem ser moderados por idade e sexo, como indicam pesquisas no Canadá e nos EUA (FULLER-THOMSON *et al.*, 2019; OWUSU *et al.*, 2020).

A depressão é a psicopatologia mais frequentemente associada a ideação suicida na literatura internacional (ARSLANOGLU *et al.*, 2019; BENBENISHTY *et al.*, 2018; CAMPISI *et al.*, 2020; CHEN *et al.*, 2019; CHENG *et al.*, 2020; FULLER-THOMSON *et al.*, 2019; LEVI-BELZ; ZERACH 2018). Em estudo realizado na China, evidenciou-se que, em pessoas com ideação suicida, a gravidade da depressão está proporcionalmente associada às tentativas de suicídio (WEI *et al.*, 2018). Em estudo conduzido com viúvas nepalesas, a depressão, o transtorno de estresse pós-traumático e o luto prolongado, foram fortemente associados à ideação suicida e ao suicídio, que alcançou 16,2%, entre essas mulheres (GARRISON-DESANY *et al.*, 2020). Ao se associar as diferenças de gênero com a depressão, há notória intensificação do comportamento suicida, em especial da ideia de se matar. Pesquisas realizadas em todo o mundo demonstram essa associação: no Canadá, em uma pesquisa com 397.299 adolescentes, ser do sexo feminino foi significativamente associado à ideação suicida (CAMPISI *et al.*, 2020), bem como nos Estados Unidos (BENBENISHTY *et al.*, 2018), em diversos países africanos (OWUSU *et al.*, 2020; NYUNDO *et al.*, 2020; UDDIN *et al.*, 2019) e na Austrália (RESKO *et al.*, 2018) que, ainda acrescentam o uso de substâncias a este complexo causal. A condição mais prevalente em indivíduos sob risco de suicídio é a depressão, sendo esta psicopatologia, importante mediadora da transição da ideação suicida para as tentativas (ZAKHOUR *et al.*, 2021).

O TAG é apontado, em diversos estudos, como fator presente em indivíduos com ideação suicida. Este dado é esperado, uma vez que na própria natureza do contexto suicida há preponderância do comportamento ansioso (ASLAN *et al.*, 2019; SHER, 2020; KYUNG *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2018; DUPREY *et al.*, 2021; ZAKHOUR *et al.*, 2021; ADEWUYA; OLADIPO, 2020). Os níveis de ansiedade mais elevados podem se relacionar com traços de impulsividade, comportamento fortemente associado às tentativas de suicídio e à efetividade destas (O'CONNOR; KIRTLEY, 2018). Na Espanha, em estudo com profissionais de saúde, o TAG estava associado a ideação suicida, sendo que seis profissionais tentaram o suicídio nos últimos 30 dias da coleta dos dados (MORTIER *et al.*, 2021). Sapara *et al.* (2021) em um estudo canadense, encontrou a mesma associação em uma pesquisa de base populacional. Assim como na Nigéria (ADEWUYA; OLADIPO, 2020), em um estudo com adolescentes, em Portugal (DUARTE *et al.*, 2020) e no Brasil (PALMA *et al.*, 2020), com o mesmo público.

É importante reforçar, uma vez mais, a compreensão de que nenhum fator, isoladamente, tem a capacidade de explicar o contexto suicida. Entender esse complexo evento como um sistema que leva em consideração processos comportamentais, cognitivos e afetivos é central para a compreensão do fenômeno. É necessário o entendimento de que existem fatores múltiplos que conjunta e processualmente definem esse desfecho.

Pensar na psicopatologia como o principal indicador para a tomada de decisão, representa uma tentativa tardia para solucionar o complexo problema que o contexto suicida representa. É preciso compreender a psicopatologia não apenas como o evento proximal à ideação suicida, mas como um elemento que participa de uma cadeia causal com múltiplos eventos, sendo estes, anteriores ao adoecimento, fundamentais para o planejamento em saúde. Sistemas protetores precisam ter como cerne a identificação precoce das condições que geram sofrimento mental, portanto está em um contexto muito mais sensível e de difícil intervenção, que indaga sobre as formas como o tecido social se estrutura e sustenta seus sistemas de valores, como se estabelecem as relações de consumo, de si, do outro e do mundo. O modelo atual de sociedade está edificado em processos de produção social excludente e historicamente cristalizado em sistemas de múltiplas opressões. Essas opressões marcam com dor a vida de populações inteiras que, sem vislumbrar saídas, mergulham em profundo sofrimento, do qual a solução encontrada é deixar de existir. Portanto, embora possa parecer um evento pessoal, de escolha individual, com base nos resultados obtidos neste estudo, observa-se que há um contexto de produção desse evento que, encontrando fragilidades pessoais, se consolida. É,

nesse sentido, um marcador de necessidade profunda de revisão de como se estabelecem as relações sociais.

Portanto, a ideação suicida não é, necessariamente, dependente das psicopatologias como determinantes de sua ocorrência (WETHERALL *et al.*, 2018; O'CONNOR E KIRTLEY, 2018). Isso demonstra a necessidade do entendimento de que avaliar as categorias mais sensíveis e anteriores às psicopatologias é fundamental para o melhor enfrentamento do fenômeno suicídio.

Limitações do estudo

Por se tratar de um estudo transversal, a identificação da causalidade é comprometida pelo próprio desenho metodológico. Portanto, inferências neste sentido precisam ser compreendidas, não apenas pelos dados empíricos, mas pela evidência da literatura discutida. Além disso, o próprio desfecho, de natureza subjetiva e complexa, foi medido por meio direto – a pergunta formulada diretamente pode desencadear reservas no seu reconhecimento, produzindo indicadores subestimados de IS. Ou seja, como se sabe que, na assumpção de tal condição, estigmas sociais passam a ser vinculados automaticamente, é possível que a pessoa tenha temos em ser julgada e oculte a informação - a pergunta direta pode, assim, repercutir na baixa prevalência geral. Portanto, o formato da pergunta pode ter introduzido viés de informação.

Apesar dessas limitações, os resultados obtidos são concordantes com as evidências da literatura internacional, disponibilizando um conjunto de dados úteis e coerentes que realçam a necessidade de intervenções em um conjunto de condições distais, intermediárias e proximais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este complexo sistema associado à ideação suicida, vai além do que pode ser mensurado, não só pela característica subjetiva individual e que tangencia a saúde mental, mas sim porque existem forças estabelecidas no modo de viver, produzir e consumir a si e ao mundo ao redor, que são muito mais potentes. Houve associação com a ideação suicida, de forma ordenada, dos fatores mais distais aos mais próximos: gênero, menor escolaridade, vivência de violência emocional ou física, percepção negativa de saúde, insatisfação com a qualidade de vida e consigo próprio, distúrbio do sono, depressão e TAG.

É preciso, a partir dos fatores identificados, flexioná-los ao modelo de produção de vida que potencializa os múltiplos sofrimentos. Políticas públicas precisam ser propostas na

direção da identificação e intervenção precoce dos fatores que causam o sofrimento contínuo. Tais políticas necessitam estarem ancoradas no apoio social, que passa por uma melhor capacitação dos inúmeros profissionais no intuito de serem mais sensíveis aos sinais e sintomas do suicídio, sejam estes, educadores, sejam os próprios profissionais da saúde. É importante que toda uma comunidade esteja engajada neste processo, para que as intervenções sejam cada vez menos tardias.

Identificar e estabelecer intervenções em fatores que, estatisticamente, estão associados ao comportamento suicida e/ou adoecimento da sociedade, de uma forma geral, ainda será incipiente, porém é um caminho contributivo importante para desmistificar a complexidade deste fenômeno.

REFERÊNCIAS

- Adewuya AO, Oladipo EO. Prevalence and associated factors for suicidal behaviours (ideation, planning, and attempt) among high school adolescents in Lagos, Nigeria. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2020; 29: 1503–1512.
- Amaral RA, Malbergier A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP). *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(3):156-63.
- Aquino EML. Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador 1996.
- Archer KJ, Lemeshow S. Goodness-of-fit Test for a Logistic Regression Model Fitted using Survey Sample Data. *The Stata Journal* 2006; 6(1): 97–105.
- Arslanoglu E, Banerjee S, Pantelide, J, Evans L et. Al. Negative Emotions and the Course of Depression During Psychotherapy in Suicidal Older Adults With Depression and Cognitive Impairment. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2019; 27: 1287-1295.
- Aslan M, Hocaoglu C, Bahceci B. Description of suicide ideation among older adults and a psychological profile: a cross-sectional study in Turkey. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019; 24: 1865-1874.
- Baquero LCM, Pinzón MAV, Prada MPP, Prieto BLA. Association between symptoms of anorexia and bulimia nervosa and suicidal behavior in school children of Boyacá, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología* 2017; 20: 189-199.
- Benbenishty R, Astor RA, Roziner I. A School-Based Multilevel Study of Adolescent Suicide Ideation in California High Schools. *The Journal of Pediatrics* 2018; 196: 251-257.

Campisi SC, Carducci B, Akseer N, Zasowski C et. Al. Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC Public Health*. 2020; 20: 1102.

Chen R, Zhu X, Wright L, Drescher J, Gao Y, Wu L, Ying X, Qi J, Chen C, Xi Y, Ji L, Zhao H, Ou J, Broome M. Suicidal ideation and attempted suicide amongst Chinese transgender persons: National population study. *Journal of Affective Disorders* 2019; 245: 1126-1134.

Cheng X, Bu H, Duan W, He A, Zhang Y. Measuring character strengths as possible protective factors against suicidal ideation in older Chinese adults: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2020; 20: 439.

Denneson LM, McDonald KL, Tompkins KJ, Meunier CC. Elucidating the chronic, complex nature of suicidal ideation: A national qualitative study of veterans with a recent suicide attempt. *Journal of Affective Disorders Reports* 2020; 15: 100030.

Duarte TA, Paulino S, Almeida C, Gomes HS. Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Research* 2020; 287: 112553.

Duprey EB, Handley ED, Manly JT, Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment, recent stressful life events, and suicide ideation: A test of the stress sensitivity hypothesis. *Child Abuse & Neglect* 2021; 113: 104926.

Falavigna A, Bezerra M, Teles A, Kleber F, Velho M, Silva R, Mazzochin T, Santin J, Mosena G, Braga G, Petry F, Medina M. Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students. *Sleep Breath* 2011; 15(3):351-[5](#).

Faria M, Santos MR, Sargent P, Branco M. O papel do apoio social na ideação suicida: uma comparação entre empregados e desempregados, *Journal of Mental Health* 2020; 29: 1, 52-59

Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Cienc saude coletiva* 2000; 5(1): 33-38.

Fuller-Thomson E, West KJ, Baiden P. The tide does turn: Predictors of remission from suicidal ideation and attempt among Canadians who previously attempted suicide. *Psychiatry Research*. 2019; 274: 313-321.

Garrison-Desany H.M, Lasater ME, Luitel NP et al. Suicidal ideation among Nepali widows: an exploratory study of risk factors and comorbid psychosocial problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020; 55: 1535–1545.

Holdaway AS, Luebbe AM, Becker SP. Rumination in relation to suicide risk, ideation, and attempts: Exacerbation by poor sleep quality? *Journal of Affective Disorders*. 2018; 236: 6-13.

Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant R. *Applied Logistic Regression*, John Wiley & Sons 2013, Inc.

Kainat S, Ijaz T. Relationship between anger, suicidal ideation and sleep disturbance in patients on haemodialysis treatment in Sheikhupura, Pakistan. *JPMA: Journal of the Pakistan Medical Association*. 2020; 70: 139-142.

Kantorski LP, Guedes AC, Ramos CI, Treichel CAS, Portela DL, Willrich JQ, Jardim VMR, Santos VB. Prevalência de ideação e tentativa de suicídio entre usuários de um centro de atenção Psicossocial. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2021; 42: e20190505.

Knipe D, Williams AJ, Hannam-Swain S, Upton S, Brown C, Bandara P, Chang SS, Kapur N. Psychiatric morbidity and suicidal behaviour in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine* 2019; 16(10): e1002905.

Korber S, Frieser D, Steinbrecher N, Hiller W. Classification characteristics of the Patient Health Questionnaire-15 for screening somatoform disorders in a primary care setting. *J Psychosom Res* 2011;71(3):142–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.01.006>.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32:345-59.

Kyung Y, Choi MH, Jeon YJ, Lee JS, Lee JH, Jo SH, Kim SH. Association of atopic dermatitis with suicide risk among 788,411 adolescents: A Korean cross-sectional study. *Annals of Allergy Asthma Immunology* 2020; 125: 55-64.

Lange S, Cayetano C, Jiang H, Tausch A, Souza RO. Contextual factors associated with country-level suicide mortality in the Americas, 2000–2019: a cross-sectional ecological study. *The Lancet Regional Health–Americas* 2023; 100450.

Levi-Belz Y, Zerach G. Moral injury, suicide ideation, and behavior among combat veterans: The mediating roles of entrapment and depression. *Psychiatry Research* 2018; 269: 508-516.

Lin W, Wang H, Gong L, Lai G. Work stress, family stress, and suicide ideation: A cross-sectional survey among working women in Shenzhen, China. *Journal of Affective Disorders* 2020; 227: 747-754.

Liu Y, Zhang J, Hennessy DA, Zhao S. Psychological strains, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical and non-medical staff in urban China. *Journal of affective disorders*. 2019; 245: 22-27.

Littlewood DL, Kyle SD, Carter LA; Peters S. Short sleep duration and poor sleep quality predict next-day suicidal ideation: an ecological momentary assessment study. *Psychological medicine*. 2019; 49: 403-411.

Lua I, Freitas K, Teixeira J, Reichenheim M, Almeida M, Araújo T. Measurement of depression in the Brazilian population: validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ-8). *Cadernos de Saúde Pública* 2022; 38(6): e00176421. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN176421>.

May AM, Lawson C, Bryan A, Bryan CJ. Nonsuicidal self-injury, suicide ideation and suicide attempts in the National Guard. *Comprehensive Psychiatry*. 2018; 86: 115-118.

Mortier P, Vilagut G, Ferrer M, Serra C, Molina JD, López-Fresneña N, Puig T, Pelayo-Terán JM, Pijoan JI, Emparanza JI, Espuga M, Plana N, González-Pinto A, Ortí-Lucas RM, de Salázar AM, Rius C, Aragonès E, Del Cura-González I, Aragón-Peña A, Campos M, Parellada M, Pérez-Zapata A, Forjaz MJ, Sanz F, Haro JM, Vieta E, Pérez-Solà V, Kessler RC, Bruffaerts R, Alonso J; MINDCOVID Working Group. Thirty-day suicidal thoughts and behaviors among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak. *Depress Anxiety*. 2021 May;38(5):528-544. doi: 10.1002/da.23129. Epub 2021 Jan 4. PMID: 33393724; PMCID: PMC8246904.

Neves MS. Determinação Social das Tentativas de Suicídio em Regiões Produtivas do Agronegócio em Mato Grosso – Brasil [Tese de Doutorado]. Universidade Federal de Mato Grosso 2021; 355 páginas). Disponível em: <http://ri.ufmt.br/handle/1/3626>.

Niedhammer I, Bèque M, Chastang JF, Bertrais S. Psychosocial work exposures and suicide ideation: a study of multiple exposures using the French national working conditions survey. *BMC Public Health*. 2020; 20: 895.

Nyundo A, Manu A, Regan M, Ismail A. Factors associated with depressive symptoms and suicidal ideation and behaviours amongst sub-Saharan African adolescents aged 10-19 years: cross-sectional study. *Tropical Medicine and International Health*. 2020; 25: 54-69.

O'Connor R, Kirtley, O. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 2018; 373. 20170268. 10.1098/rstb.2017.0268.

Owusu JT, Doty SB, Adjaye-Gbewonyo D, Bass JK et Al. Association of sleep characteristics with suicidal ideation and suicide attempt among adults aged 50 and older with depressive symptoms in low- and middle-income countries. *Sleep Health*. 2020; 6: 92-99.

Palma TFP, Ribeiro SMA, Santos VMT. A autoimagem, os transtornos mentais comuns e a depressão em estudantes de graduação. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS* 2020; 10: 108-115.

Pereira AS, Willhelm AR, Koller SH, Almeida RMM. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adulterez emergente. *Cien Saude Colet* 2018; 23: 3767-3777.

Pereira GK, Madruga AB, Kawahala E. Suicídios em uma organização policial-militar do sul do Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva* 2020; 28(4):500-509.

Resko SM, Kruaman Mountain S, Browne S, Kondrat DC et. Al. Suicidal Ideation and Suicide Attempts among Women Seeking Treatment for Substance Use and Trauma Symptoms. *Health & social work*. 2018; 43: 76-83.

Rocha GP, Araújo Filho GM, Ávila LA. Atitudes de médicos e estudantes de medicina com pacientes com ideação suicida. *Revista Bioética* 2020; 28: 344-355.

Samuels SS. Multicollinearity with survey 2011. Disponível em: <https://www.stata.com/statalist/archive/2011-02/msg01254.html>

Santos KO, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(1): 214-22.

Sapara A, Shalaby R, Osiogo F, Hrabok M, Gusnowski A, Vuong W, Surood S, Urichuk L, Greenshaw AJ, Agyapong VIO. COVID-19 pandemic: demographic and clinical correlates of passive death wish and thoughts of self-harm among Canadians. *J Ment Health.* 2021 Apr;30(2):170-178. doi: 10.1080/09638237.2021.1875417. Epub 2021 Feb 1. PMID: 33522340. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine.* 2020; 113(10): 707-712.

Sousa CMS, Mascarenhas MDM, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Miranda CES, Frota KMG. Suicidal ideation and associated factors among high school adolescents. *Rev Saude Publica.* 2020 Mar 30;54:33. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001637. PMID: 32236384; PMCID: PMC7100950. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *JAMA* 1999; 282:1737-44.

Uddin R, Burton NW, Maple M, Khan SR, Khan A. Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health.* 2019; 3: 223-233.

Wei S, Li H, Hou J, Chen W et. Al. Comparing characteristics of suicide attempters with suicidal ideation and those without suicidal ideation treated in the emergency departments of general hospitals in China. *Psychiatry Research.* 2018; 262: 78-83.

Wetherall K, Cleare S, Eschle S, Ferguson E, O'Connor DB, O'Carroll RE, O'Connor RC. From ideation to action: Differentiating between those who think about suicide and those who attempt suicide in a national study of young adults. *J Affect Disord.* 2018 Dec 1;241:475-483. doi: 10.1016/j.jad.2018.07.074. Epub 2018 Jul 27. PMID: 30149335.

World Health Organization. WHO Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates. Global Health Estimates. [Internet] 2021 [citado em maio de 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.

Zakhour M, Haddad C, Sacre H, Fares K, Akel M, Obeid S, Salameh P, Hallit S. Suicidal ideation among Lebanese adults: scale validation and correlates. *BMC Psychiatry.* 2021 Feb 16;21(1):100. doi: 10.1186/s12888-021-03111-7. PMID: 33593321; PMCID: PMC7888108.

5.3 ARTIGO 3

FATORES ASSOCIADOS A IDEAÇÃO SUICIDA EM POPULAÇÕES URBANAS: existem diferenças segundo as fases da vida?

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a ocorrência da ideação suicida (IS) segundo faixas etárias em município de grande porte brasileiro. **MÉTODO:** Estudo transversal, com 4.170 indivíduos de 15 anos ou mais de idade em que foram analisados dados sociodemográficos e de saúde mental, hábitos de vida e vivência de violência. Ideação suicida foi identificada a partir do item 17, do SRQ-20: “tem tido ideia de acabar com a vida?”. Foram conduzidas análises considerando os estratos etários, representativos de fases da vida: 15 a 24 anos (adolescente/adulto jovem), 25 a 59 anos (adulto) e 60 ou mais (idosos). Foram realizadas ponderações para amostras complexas.

RESULTADOS: A prevalência de ideação suicida foi de 6,5%. Segundo as fases da vida, entre adolescentes/adultos jovens a prevalência foi de 10,7%, associada à vivência de violência na infância, consumo excessivo de álcool, insatisfação com as relações pessoais e consigo mesmo, transtorno de pânico e depressão. Entre os adultos, a prevalência foi de 6,1%, associada a ser mulher, ter menor escolaridade, não trabalhar, vivência de violência emocional/física e na infância, sobrecarga doméstica, insatisfação consigo mesmo, transtorno de ansiedade generalizada-TAG e transtornos somatoformes. Entre os idosos, a prevalência foi 3,8%, associada à vivência de violência emocional/física, autopercepção negativa de saúde, insatisfação consigo mesmo e TAG. **CONCLUSÕES:** A prevalência de IS elevou-se com a idade: adolescentes/adultos jovens tiveram prevalência 2,8 vezes maior do que idosos; portanto, ações urgentes devem ser direcionadas a esse grupo. Dentre os fatores sobre os quais se deve atuar, destacaram-se a violência física e emocional em todas as faixas etárias e a violência na infância; o consumo excessivo de álcool entre jovens; além de políticas de proteção para os trabalhadores de escolaridade baixa/média e desempregados, com especial atenção às desigualdades de gênero.

Palavras-chave: Ideação Suicida, Saúde Mental, Grupos Etários, Saúde de Grupos Específicos, Distribuição por Idade.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the occurrence of suicidal ideation (SI) according to age groups in a large Brazilian city. **METHODS:** Cross-sectional study, with 4,170 individuals aged 15 years or older in which sociodemographic and mental health data, lifestyle habits, and experience of violence were analyzed. Suicidal ideation was identified from item 17 of the SRQ-20: "have you had an idea of ending your life?" Analyses were conducted considering age strata, representative of life stages: 15 to 24 years (adolescent/young adult), 25 to 59 years (adult), and 60 or older (elderly). Weightings were performed for complex samples. **RESULTS:** The prevalence of suicidal ideation was 6.5%. According to life stages, among adolescents/young adults the prevalence was 10.7%, associated with childhood experience of violence, excessive alcohol consumption, dissatisfaction with personal relationships and with oneself, panic disorder, and depression. Among adults, the prevalence was 6.1%, associated with being female, having less education, not working, having experienced emotional/physical and childhood violence, domestic overload, dissatisfaction with oneself, generalized anxiety disorder (GAD), and somatoform disorders. Among the elderly, the prevalence was 3.8%, associated with the experience of emotional/physical violence, negative self-perception of health, dissatisfaction with oneself, and GAD. **CONCLUSIONS:** The prevalence of SI increased with age: adolescents/young adults had a prevalence 2.8 times higher than the elderly; therefore, urgent actions should be directed to this group. Among the factors on which action should be taken, physical and emotional violence in all age groups and violence in childhood, excessive alcohol consumption among young people, and protection policies for workers with low/middle schooling and the unemployed, with special attention to gender inequalities, were highlighted.

Keywords: Suicidal Ideation, Mental Health, Age Groups, Health of Specific Groups, Age Distribution.

INTRODUÇÃO

Aspectos relacionados ao suicídio ainda têm tido pouco visibilidade nas investigações epidemiológicas, com menor atenção ainda na elaboração das políticas públicas mundiais, apesar de compor as metas de desenvolvimento sustentável da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU), que estabelecem a necessidade de redução da mortalidade por suicídio em um terço, até 2030 (ONU, 2015). Porém, segundo as projeções atuais, apenas 3% dos países membros atingirão tal marca (PEREIRA et al., 2020; PATEL; GONSALVES, 2019).

O suicídio não é um evento abrupto, que ocorre inesperadamente. Trata-se de um fenômeno que ocorre em etapas sucessivas: ideação suicida, planos, tentativas e suicídio propriamente (WHO, 2014). A ideia de se matar é um fenômeno cuja estimativa é de que afete 9,2% da população em, pelo menos, algum momento da vida (DENNESON et al., 2020). No mundo, as tentativas alcançam 2,7% de toda a população e são cerca de 10 a 20 vezes mais frequentes do que o próprio suicídio (ROCHA; ARAÚJO FILHO; ÁVILA, 2020). Quase 800 mil pessoas cometem suicídio por ano, o que representa 11,6 suicídios a cada 100 mil habitantes, correspondendo a um caso a cada 40 segundos (WHO, 2021; SESAB, 2020).

Atualmente, a ONU registra declínio ou estabilidade dos casos de suicídio em todo o mundo, com exceções, por exemplo para os países das Américas, que apresentam tendência de crescimento (WHO, 2021; LANGE *et al.*, 2023). Números sustentados em pesquisas locais, como citam Baquero e colaboradores (2017), dão evidência ao contexto do suicídio nos Estados Unidos, com cerca de 140 milhões de relatos de ideação suicida e 25 milhões de tentativas registradas (quando? É bom informar). O Brasil ocupa a segunda posição em números absolutos de suicídios, com 14.540 casos, atrás apenas dos Estados Unidos, que em 2019 registrou 53.099 suicídios consumados (WHO, 2021). A taxa brasileira foi de 6,9 casos a cada 100 mil habitantes, em 2019, ocorrendo um suicídio a cada 36 minutos (WHO, 2021).

Aproximadamente, 90% dos casos de suicídio poderiam ser evitados, segundo a OMS (SESAB, 2020), dando destaque ao seu contexto como objeto da Saúde Pública, que merece investimentos massivos de pesquisa para sua compreensão e para a formação de políticas para seu enfrentamento. Existem múltiplas condições que repercutem diferentemente para a ideação suicida e as diferenças etárias figuram entre essas condições.

Historicamente, o contexto do suicídio é associado a população mais idosa. Nos Estados Unidos, pesquisas realizadas com pessoas com 50 anos ou mais evidenciaram associação da ideação suicida com a presença de emoções negativas e depressão (ARSLANOGLOU *et al.*, 2019). No Canadá, identificou-se associação da ideação suicida em idosos com Alzheimer (OWUSU *et al.*, 2020), assim como em idosos turcos (ASLAN *et al.*, 2019) e do Brasil (ARAVENA *et al.*, 2018). Assim, os estudos focalizaram mais tradicionalmente os idosos como grupo mais afetado.

Contudo, mais recentemente, o perfil epidemiológico desse fenômeno está mudando, com uma tendência de crescimento sustentado nas populações mais jovens, conforme apontam dados da OMS, oscilando entre a terceira e quarta causa de morte mais prevalente entre jovens

de 15 a 29 anos (SESAB, 2020; WHO, 2021). Neste grupo etário específico, questões sociais, como pobreza, ausência de acesso a saúde e lazer, desemprego, sentimentos de abandono e desesperança, preenchem o emaranhado de circunstâncias que se interrelacionam ao comportamento suicida, em especial a sua ideação (LANGE *et al.*, 2023; SILVA *et al.*, 2018; FULLER-THOMSON *et al.*, 2019; OWUSU *et al.*, 2020).

Diferentes acontecimentos são característicos de fases específicas da vida, que são delimitados, em alguma dimensão, pelas faixas etárias. Assim, é possível associar eventos que podem estar afetando os indivíduos em diferenças faixas etárias. Cada fase particular da vida revela condições que permeiam o universo objetivo e subjetivo dos indivíduos, estabelecendo recursos, prioridades, sonhos, frustrações e relações que moldam o tecido social da vida. Compreender esse misto de circunstâncias e seus desdobramentos por fases da vida, passa a ser, então, central para conhecer a dinâmica de produção desse evento e auxiliar na identificação de intervenções cada vez mais precoces no enfrentamento do contexto em que se alicerça o fenômeno do suicídio, que se inicia com a ideação suicida. A ideação é um indicador central do contexto suicida, pois se aproxima mais das tentativas e representa um sinal de alerta importante para intervenções imediatas, no sentido de dirimir o desejo de morte.

Este estudo tem a finalidade de produzir conhecimento sobre estimativas de IS e avaliar os fatores associados ao contexto suicida, por fases da vida. A partir destes resultados, pretende-se proporcionar elementos que subsidiem ações de enfrentamento, produção de protocolos de monitoramento em diferentes fases da vida, de políticas e programas de intervenção, observando o contexto por fases da vida. O objetivo deste estudo foi estimar a ocorrência da ideação suicida e os fatores associados à essa frequência em diferentes fases da vida.

MÉTODOS

Tipo e local do estudo

Foi realizado estudo transversal, com finalidade analítica, a partir de dados provenientes da segunda onda de uma coorte prospectiva intitulada “Vigilância em saúde mental e trabalho: uma coorte da população de Feira de Santana-BA”, desenvolvida pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (NEPI/UEFS) e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB/SESAB/CNPQ/MS PPSUS/BA – 028/2018 e 002/2021).

População, amostra e critérios de elegibilidade

A amostra deste estudo foi composta por 4.170 indivíduos, com idade de 15 anos ou mais, residentes em zona urbana do município de Feira de Santana, Bahia, Brasil. Foi realizada amostragem complexa, estratificada por subdistritos urbanos do município, de conglomerados em dois estágios (setores censitários e ruas), seguindo as fases: (a) amostragem simples, dos setores censitários; (b) amostragem probabilística proporcional (domicílios/rua e pessoas/domicílio, por faixa etária e sexo) segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); (c) sorteio dos setores em cada subdistrito; (d) sorteio das ruas em cada setor selecionado; (e) entrevistas com todos os indivíduos dos domicílios das ruas sorteadas.

Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão foram: ter 15 anos ou mais de idade e residir no domicílio selecionado. Foram excluídas as pessoas com deficiência auditiva ou verbal e/ou portadores de alguma condição psicoemocional sensível que impossibilitasse respostas da pesquisa.

Coleta de dados

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas individuais, face a face, no próprio domicílio, por equipe de pesquisa treinada. Para reduzir as perdas, foram realizadas até três visitas ao mesmo domicílio, em dias e turnos alternados. A coleta ocorreu entre dezembro de 2018 e novembro de 2019, diurnamente, em todos os dias da semana.

Instrumento de coleta de dados e variáveis do estudo

A ideação suicida foi avaliada pelo item 17 do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20): “tem tido ideia de acabar com a vida?”. O SRQ-20 é uma escala validada para uso no Brasil (SANTOS *et al.*, 2009), constituída por 20 questões dicotômicas (0-Não; 1-Sim).

A análise de dados foi estratificada por faixa etária, representativa de fases da vida em: adolescentes/adultos jovens: 15 a 24 anos; adultos (idade produtiva): 25 a 59 anos; idosos: 60 anos, ou mais, de acordo com a classificação da OMS (BRASIL, 2007).

A avaliação dos fatores associados à IS, incluiu as seguintes variáveis: sexo, raça/cor, situação conjugal, renda mensal e escolaridade; vivência de violência quando criança, vivência de violência emocional ou física nos últimos 24 meses; autopercepção da saúde; consumo excessivo de álcool, ausência de atividades de lazer e de atividades socioculturais; sobrecarga doméstica; insatisfação com as relações pessoais, consigo mesmo ou com a qualidade de vida; psicopatologias (distúrbios do sono, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, transtornos somatoformes e depressão).

Todas as variáveis foram dicotomizadas, de acordo com indicações da literatura específica. Algumas das condições listadas foram autorrelatadas e outras foram aferidas a partir dos instrumentos psicométricos listados no quadro abaixo.

Quadro 1. Desfechos analisados como exposição para a Ideação Suicida e seus instrumentos de rastreio

Condição analisada	Instrumento e referência
Consumo excessivo de álcool	<i>Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener (CAGE)</i> – dicotomizado a partir de duas respostas positivas, das quatro, do instrumento (AMARAL; MALBERGIER, 2004).
Sobrecarga doméstica	Grau de responsabilidade para: cozinhar, limpar a casa, lavar roupas e passar roupas. O escore final foi dividido entre baixa/moderada e alto nível de atividade doméstica (AQUINO, 1996).
Dimensões da Insatisfação	<i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)</i> . A variável, de escala <i>lickert</i> foi categorizada em: satisfeito(a) (boa ou muito boa) e insatisfeito(a) (muito ruim, ruim e regular) (FLECK, 2000).
Distúrbios do Sono	<i>Mini-Sleep Questionnaire (MSQ)</i> – dividido em: presença de distúrbio do sono (≥ 25) e ausência (< 25) (FALAVIGNA <i>et al.</i> , 2011).
Os transtornos mentais, a seguir, foram estimados a partir dos módulos do <i>Patient Health Questionnaire (PHQ)</i> (SPITZER; KROENKE; WILLIAMS, 1999)	
Transtornos de Pânico	Presença do transtorno a partir de 4 ou mais respostas positivas, das 15 do instrumento (KROENKE <i>et al.</i> , 2010).
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	Escala <i>lickert</i> que varia de '0' a '2'. Das 7 perguntas, 4 precisam ter escore '2', sendo obrigatória uma delas ser para a afirmação: "sentir-se nervoso, ansioso, tenso ou muito preocupado" (KROENKE <i>et al.</i> , 2010).
Transtornos Somatoformes	PHQ-15, com 13 questões em escala <i>lickert</i> , que tem como ponto de corte para presença dos transtornos somatoformes, o escore somado de 10 pontos (KORBER <i>et al.</i> , 2011).
Depressão	PHQ-8, com oito questões em escala <i>lickert</i> , que variam de 0 a 3, tendo como ponto de corte o escore '10', a partir da soma dos resultados de cada item (LUA <i>et al.</i> , 2022).

Fonte: autoria própria

Procedimentos de análise dos dados

O banco de dados foi digitado e organizado no software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 24. As análises foram conduzidas no software Stata, versão 16.0, com utilização do módulo *survey* para realizar a ponderação para amostras complexas.

Foram estimadas as frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse e calculadas as prevalências, geral de ideação suicida e segundo as variáveis listadas acima para cada fase da vida considerada. Foram realizadas análises bivariadas, com emprego de teste Qui-Quadrado de Pearson e correção de Rao-Scott para testar a associação entre desfecho – ideação suicida, e as variáveis de interesse, adotando o critério de significância estatística de 5% (RAO; SCOTT, 1981; RAO; SCOTT, 1984).

O estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS (Nº 2.420.653); em conformidade resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

A amostra total do estudo incluiu 4.170 indivíduos, registrando-se prevalência global de ideação suicida de 6,5%. No entanto, a informação válida de idade foi obtida para 4.163 pessoas – sendo este o N amostral analisado neste estudo. A amostra incluiu 18,6% que tinham entre 15 e 24 anos, 57,9% entre 25 a 59 anos e 23,5% com 60 anos ou mais (Tabela 1). A prevalência entre adolescentes/adultos jovens foi 10,7%; entre adultos foi de 6,1% e entre idosos de 3,8% (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência da ideação suicida, por estratos etários em residentes de município de grande porte. Feira de Santana-BA, 2022. (N=4.163)

Variáveis	N	(%)	IC (95%)	Ideação Suicida		
				n	P (%)	IC (95%)
Faixa Etária						
15 a 24 anos	783	(18,6)	16,3 - 21,1	70	10,7	5,1 - 21,1
25 a 59 anos	2.313	(57,9)	54,9 - 60,9	152	6,1	3,9 - 9,5
60 anos ou mais	1.067	(23,5)	19,9 - 27,5	47	3,8	2,3 - 6,3

Fonte: autoria própria. Estatísticas obtidas via ponderação de amostras complexas.

P: Prevalência; IC (95%): Intervalo de confiança de 95%.

Na avaliação de associação de IS com as características de interesse, verificou-se que entre os adolescentes e adultos jovens (15 a 24 anos): vivência de violência física e emocional

($p<0,001$) e vivência de violência quando criança ($p<0,001$); percepção negativa de saúde ($p<0,001$); consumo excessivo de álcool ($p<0,001$); insatisfação com as relações pessoais ($p<0,001$), consigo mesmo ($p<0,001$) e com a qualidade de vida ($p=0,019$); presença de TAG ($p=0,012$), de distúrbio do sono ($p=0,004$) e de depressão ($p<0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada de fatores associados à ideação suicida, em população urbana entre 15 e 24 anos, residentes em município de grande porte. Feira de Santana-BA, 2022. (N=783)

Variáveis	Faixa Etária de 15 a 24 anos		
	n (%)*	P (%)	p-valor**
Características socioeconômicas			
Sexo			0,061
Feminino	454 (63,5)	14,6	
Masculino	329 (36,5)	5,2	
Escolaridade			0,511
Até o ensino médio completo	761 (98,0)	11,4	
Ensino superior	19 (2,0)	-	
Raça/cor da pele			0,218
Negros	630 (71,7)	7,6	
Não negros	118 (28,3)	20,6	
Situação conjugal			0,303
Sem companheiro(a)	655 (91,3)	11,7	
Com companheiro(a)	115 (8,7)	6,7	
Ocupação			0,071
Não trabalha	297 (60,9)	20,1	
Trabalha	233 (39,1)	6,8	
Renda mensal			0,421
Até R\$ 1.000,00	124 (77,1)	9,1	
R\$ 1.000,00 ou mais	48 (22,9)	4,9	
Violências sofridas			
Violência emocional ou física			<0,001
Sim	104 (17,2)	40,9	
Não	661 (82,8)	4,7	
Violência quando criança			<0,001
Sim	93 (18,0)	38,6	
Não	680 (82,0)	5,2	
Condições da saúde			
Percepção de saúde			0,001
Não	727 (94,3)	11,4	
Sim	41 (5,7)	9,9	
Trabalho Doméstico			
Sobrecarga doméstica			0,537
Alta	213 (23,8)	9,0	
Baixa/Moderada	460 (76,2)	12,7	
Hábitos de vida			

Consumo excessivo de álcool		<0,001
Sim	23 (7,01)	30,9
Não	226 (92,9)	5,6
Ausência de atividades de lazer		0,68
Sim	86 (9,3)	13,7
Não	692 (90,7)	10,9
Ausência de atividades de socioculturais		0,851
Sim	26 (2,9)	12,4
Não	749 (97,1)	10,9
Insatisfação global		
Insatisfação com as relações pessoais		<0,001
Sim	105 (17,6)	43,1
Não	643 (83,4)	5,6
Insatisfação com a consigo mesmo		<0,001
Sim	135 (20,8)	41,6
Não	613 (79,2)	4,4
Insatisfação com a qualidade de vida		0,019
Sim	194 (28,9)	26,3
Não	553 (71,1)	6,4
Psicopatologias		
TAG		0,012
Sim	58 (7,7)	33,6
Não	713 (92,3)	9,4
Distúrbio do sono		0,004
Sim	177 (29,1)	25,8
Não	596 (70,9)	5
Transtorno de pânico		<0,001
Sim	73 (12,7)	56,8
Não	700 (87,3)	4,2
Transtornos somatoformes		0,097
Sim	43 (7,6)	39
Não	334 (92,4)	12,6
Depressão		<0,001
Sim	62 (11,8)	66,1
Não	717 (88,2)	3,9

Fonte: autoria própria. Estatísticas obtidas via ponderação de amostras complexas.

P: Prevalência.

*Frequências obtidas considerando o N de acordo com a faixa etária de 15 a 24 anos (N=783)

**p-valor obtido pelo teste Qui-Quadro de Pearson com correção de Rao-Scott (significância de 5%).

Entre os adultos (25 a 59 anos), houve associação de IS com: ser mulher (p-valor=0,002); menor escolaridade (p-valor=0,043); não trabalhar (p-valor=0,020); vivência de violência física e emocional (p-valor=0,015) e quando criança (p-valor=0,005); percepção negativa de saúde (p-valor<0,001); alta sobrecarga doméstica (p-valor=0,043); insatisfação

com as relações pessoais (p-valor=0,020), consigo mesmo (p-valor=0,003) e com a qualidade de vida (p-valor<0,001); presença de TAG (p-valor<0,001), de distúrbio do sono (p-valor<0,001), de transtorno de pânico (p-valor=0,005), de transtornos somatoformes (p-valor<0,001) e de depressão (p-valor<0,001) (Tabela 3).

Tabela 3. Análise bivariada de fatores associados à ideação suicida, em população urbana entre 25 e 59 anos, residentes em município de grande porte. Feira de Santana-BA, 2022. (N=2.313)

Variáveis	Faixa Etária de 15 a 24 anos		
	n (%)*	P (%)	p-valor**
Características socioeconômicas			
Sexo			0,061
Feminino	454 (63,5)	14,6	
Masculino	329 (36,5)	5,2	
Escolaridade			0,511
Até o ensino médio completo	761 (98,0)	11,4	
Ensino superior	19 (2,0)	-	
Raça/cor da pele			0,218
Negros	630 (71,7)	7,6	
Não negros	118 (28,3)	20,6	
Situação conjugal			0,303
Sem companheiro(a)	655 (91,3)	11,7	
Com companheiro(a)	115 (8,7)	6,7	
Ocupação			0,071
Não trabalha	297 (60,9)	20,1	
Trabalha	233 (39,1)	6,8	
Renda mensal			0,421
Até R\$ 1.000,00	124 (77,1)	9,1	
R\$ 1.000,00 ou mais	48 (22,9)	4,9	
Violências sofridas			
Violência emocional ou física			<0,001
Sim	104 (17,2)	40,9	
Não	661 (82,8)	4,7	
Violência quando criança			<0,001
Sim	93 (18,0)	38,6	
Não	680 (82,0)	5,2	
Condições da saúde			
Percepção de saúde			0,001
Não	727 (94,3)	11,4	
Sim	41 (5,7)	9,9	
Trabalho Doméstico			
Sobrecarga doméstica			0,537
Alta	213 (23,8)	9	
Baixa/Moderada	460 (76,2)	12,7	

Hábitos de vida		
Consumo excessivo de álcool		<0,001
Sim	23 (7,01)	30,9
Não	226 (92,9)	5,6
Ausência de atividades de lazer		0,68
Sim	86 (9,3)	13,7
Não	692 (90,7)	10,9
Ausência de atividades de socioculturais		0,851
Sim	26 (2,9)	12,4
Não	749 (97,1)	10,9
Insatisfação global		
Insatisfação com as relações pessoais		<0,001
Sim	105 (17,6)	43,1
Não	643 (83,4)	5,6
Insatisfação com a consigo mesmo		<0,001
Sim	135 (20,8)	41,6
Não	613 (79,2)	4,4
Insatisfação com a qualidade de vida		0,019
Sim	194 (28,9)	26,3
Não	553 (71,1)	6,4
Psicopatologias		
TAG		0,012
Sim	58 (7,7)	33,6
Não	713 (92,3)	9,4
Distúrbio do sono		0,004
Sim	177 (29,1)	25,8
Não	596 (70,9)	5
Transtorno de pânico		<0,001
Sim	73 (12,7)	56,8
Não	700 (87,3)	4,2
Transtornos somatoformes		0,097
Sim	43 (7,6)	39
Não	334 (92,4)	12,6
Depressão		<0,001
Sim	62 (11,8)	66,1
Não	717 (88,2)	3,9

P: Prevalência. Estatísticas obtidas via ponderação de amostras complexas.

*Frequências obtidas considerando o N de acordo com a faixa etária de 25 a 59 (N=2.313).

**p-valor obtido pelo teste Qui-Quadro de Pearson com correção de Rao-Scott (significância de 5%).

Entre os idosos (60 anos ou mais), identificou-se associação de IS com: vivência de violência física e emocional ($p=0,008$); percepção negativa de saúde ($p<0,001$); insatisfação com as relações pessoais ($p=0,003$), consigo mesmo ($p<0,001$) e com a qualidade de vida ($p=0,006$); presença de TAG ($p<0,001$), de transtorno de pânico ($p=0,003$), de transtornos somatoformes ($p=0,016$) e de depressão ($p=0,016$) (Tabela 4).

Tabela 4. Análise bivariada de fatores associados à ideação suicida, em população urbana de 60 anos ou mais, residentes em município de grande porte. Feira de Santana-BA, 2022. (N=1.067)

Variáveis	Faixa Etária de 60 anos ou mais		
	n (%)*	P (%)	p-valor**
Características socioeconômicas			
Sexo			0,519
Feminino	738 (66,1)	4,7	
Masculino	329 (33,9)	3,5	
Escolaridade			0,357
Até o ensino médio completo	996 (94,9)	4,4	
Ensino superior	50 (5,1)	-	
Raça/cor da pele			0,212
Negros	775 (78,8)	4	
Não negros	215 (21,2)	6,5	
Situação conjugal			0,536
Sem companheiro(a)	568 (51,8)	4,8	
Com companheiro(a)	482 (48,2)	3,8	
Ocupação			0,186
Não trabalha	471 (76,7)	4,7	
Trabalha	173 (23,3)	8,9	
Renda mensal			0,559
Até R\$ 1.000,00	266 (53,2)	4,4	
R\$ 1.000,00 ou mais	295 (46,8)	3,2	
Violências sofridas			
Violência emocional ou física			0,008
Sim	89 (8,2)	11,6	
Não	949 (91,8)	3,7	
Violência quando criança			0,226
Sim	132 (11,6)	6,7	
Não	924 (88,4)	3,9	
Condições da saúde			
Percepção de saúde			<0,001
Negativa	462 (46,4)	8,4	
Positiva	596 (53,6)	0,8	
Trabalho Doméstico			
Sobrecarga doméstica			0,069
Alta	210 (21,2)	2,1	
Baixa/Moderada	727 (78,8)	5,3	
Hábitos de vida			
Consumo excessivo de álcool			0,687
Sim	18 (6,0)	6,6	
Não	117 (94,0)	4,2	
Ausência de atividades de lazer			0,208
Sim	239 (23,3)	2,6	

Não	814 (76,7)	4,9	
Ausência de atividades de socioculturais			0,655
Sim	11 (0,9)	-	
Não	1.017(99,1)	4,4	
Insatisfação global			
Insatisfação com as relações pessoais			0,003
Sim	113 (9,6)	9,5	
Não	854 (90,4)	3,9	
Insatisfação com a consigo mesmo			<0,001
Sim	94 (9,3)	13,5	
Não	876 (90,7)	3,5	
Insatisfação com a qualidade de vida			0,006
Sim	353 (41,5)	7,9	
Não	622 (58,5)	2	
Psicopatologias			
TAG			<0,001
Sim	40 (3,4)	21	
Não	1.013(96,6)	3,7	
Distúrbio do sono			0,059
Sim	272 (28,6)	7,2	
Não	780 (71,4)	3,1	
Transtorno de pânico			0,003
Sim	68 (4,1)	14,9	
Não	991 (95,9)	3,8	
Transtornos somatoformes			0,016
Sim	41 (11,8)	10,4	
Não	244 (88,2)	1,8	
Depressão			0,016
Sim	94 (13,2)	12,2	
Não	963 (86,8)	3,1	

Fonte: autoria própria.

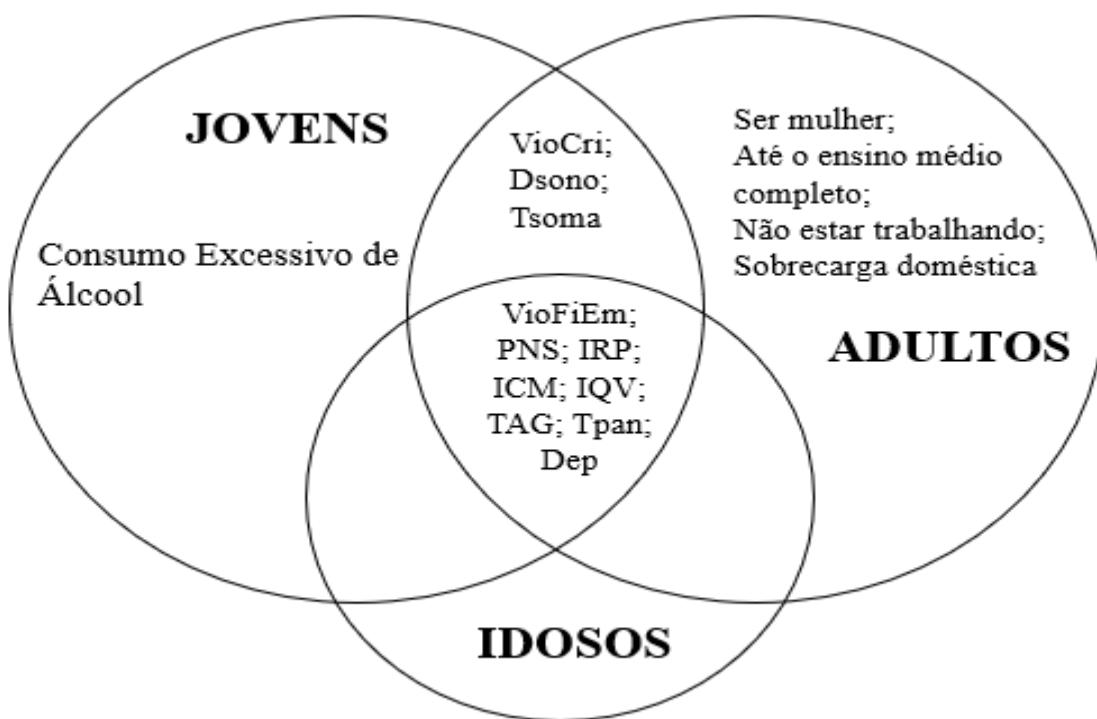
P: Prevalência. Estatísticas obtidas via ponderação de amostras complexas.

*Frequências obtidas considerando o N de acordo com a faixa etária de 60 anos ou mais (N=1.067).

**p-valor obtido pelo teste Qui-Quadro de Pearson com correção de Rao-Scott (significância de 5%).

A Figura 1 esquematiza graficamente os fatores associados a IS identificados por fases da vida, de modo a permitir a compreensão rápida de quais fatores são exclusivos e comuns a cada grupo etário. O abuso do álcool figura, exclusivamente, entre os mais jovens; aspectos laborais (não estar trabalhando), gênero e sobrecarga doméstica, exclusivos da faixa produtiva da vida (a fase adulta); nesses dois grupos, ter sofrido violência na infância se mostrou também importante; e, os idosos, compartilhando a vivência de violência física/emocional, as dimensões de insatisfação e os transtornos mentais com todas as outras fases.

Figura 1. Fatores associados* a ideação suicida por fases da vida



* Percepção Negativa da Saúde (PNS); Violência quando criança (VioCri); Violência Física e/ou Emocional (VioFiEm); Insatisfação com as relações pessoais (IRP); Insatisfação consigo mesmo (ICM); Insatisfação com a Qualidade de Vida (IQV); Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG); Distúrbios do Sono (Dsono); Transtorno do Pânico (Tpan); Transtornos Somatoformes (Tsoma); Depressão (Dep).

DISCUSSÃO

Este estudo focalizou a ideação suicida por fases da vida. As distinções etárias são importantes porque associam-se a vivências específicas de prioridades, anseios, desejos, sociabilidades, frustrações e demais condições que fazem andar a vida ou que acumulam tensões que repercutem na saúde mental. As prevalências observadas evidenciam que o grupo de adolescente/adulto jovem é aquele de maior vulnerabilidade, apresentando a mais elevada prevalência de IS.

Fatores associados à ideação suicida comuns em todas as fases da vida

As características discutidas neste capítulo dão relevo àquilo que está associado a ideação suicida em todas as fases da vida, portanto presume-se que, por sua amplitude e alcance,

representam maior intensidade na explicação da ideia de se matar em indivíduos de todas as idades. Viver sob um contexto de violência física e/ou emocional, se perceber com a saúde ruim, apresentar insatisfação consigo mesmo, com a qualidade de vida e as relações sociais, bem como apresentar transtornos de ansiedade generalizada, do pânico e depressão, representam juntas, fatores associados a ideação suicida em todas as fases da vida.

A percepção negativa da própria saúde foi fator associado à ideação suicida. Essa percepção está alocada no universo simbólico e subjetivo do indivíduo, que varia de idade a idade e, em que pesem questões relacionadas a estética e outras expectativas com o próprio corpo. Porém, para além das individualidades simbólicas, há também conteúdos concretos que determinam a autopercepção negativa da saúde, como a presença de doenças crônicas e limitações psicomotoras. Todos os fatores que proporcionem insatisfação consigo mesmo podem representar impressão depreciada de si e de sua saúde e, por conseguinte, influenciar na ocorrência de ideação suicida, como evidenciado em estudos internacionais (ADEWUYA; OLADIPO, 2020; KYUNG *et al.*, 2020).

Viver, ou ter vivido recentemente sob um contexto de violência, física e/ou emocional, representa um indicador importante para a ideação suicida. Esse contexto pode ocorrer em diferentes espaços, perpetrados por atores distintos, seja no ambiente de trabalho, seja no ciclo social mais íntimo ou no âmbito familiar (DUPREY *et al.*, 2021). O prejuízo emocional com diminuição da autoestima produz a insatisfação com a vida, em pessoas expostas à violência. Em pesquisa israelense, viver sob violência emocional, resulta no sentimento de aprisionamento e o desejo de se matar, colocando em destaque o abuso psicológico como fator de grande potencial em produzir o suicídio (LEVI-BELZ; GADI ZERACH, 2018). Neste estudo, a prevalência de ideação suicida esteve presente nos que relataram sofrer a violência física ou emocional em todos os estratos etários, indicando ser o contexto de vivência de violência, fator proeminente para explicar a ideação suicida em todas as fases da vida.

Todas estas condições impactam num conjunto de sensações e sentimentos que definem níveis de insatisfação nos indivíduos. Neste estudo, entende-se insatisfação global enquanto um construto que engloba a qualidade das relações sociais percebida, a satisfação consigo próprio e com a qualidade de vida. Portanto sendo esta dimensão, produto de um modelo de produção da vida com pesos distintos em cada fase da vida, mas com uma estrutura objetiva importante na determinação do contexto suicida. A insatisfação global transita entre sentimentos de desvalorização, até desejos intensos da própria morte (BAQUERO *et al.*, 2017;

PEREIRA *et al.*, 2020). Denneson *et al.* (2020) associam o contexto suicida à uma angústia intensa, portanto a compreensão das dimensões da insatisfação denota proximidade maior com esse desfecho trágico. Nos estudos de O'Connor e Kirtley (2018), os fatores motivacionais que antecedem as tentativas de autoextermínio são compostos por aspectos psicológicos definidos pelos sentimentos de derrota, humilhação e aprisionamento. Estes sentimentos são potencializados pela inabilidade social, pelo pertencimento frustrado e ausência de apoio social. A ruminação de pensamentos neste contexto, produz fortemente o contexto da insatisfação com a própria vida e, pode evoluir, dependendo da intensidade, em traços de impulsividade e a efetivação do ato suicida (O'CONNOR; KIRTLEY, 2018). Este modelo proposto pelos autores citados, não envolvem transtornos mentais enquanto explicadores do contexto suicida, demonstrando, portanto, uma abordagem menos medicalizante e mais humanizada sobre os aspectos que determinam este desfecho violento. Porém, o que desponta na literatura internacional, são os transtornos mentais enquanto principal fator explicativo da ideação suicida.

É preciso flexionar tais transtornos enquanto fatores próximos ao contexto suicida, mas não os responsáveis por ele. Eles são indicadores proximais, porém ambos fazem parte da mesma cadeia que culminam no suicídio, tendo em sua etiologia fatores comuns. Em países de baixa e média renda, os transtornos do humor e de ansiedade estavam presentes em 58% dos casos de suicídio e em 45% dos que apresentaram comportamento suicida (KNIPE *et al.*, 2019). Muitos estudos associam o TAG, principalmente em níveis mais intensos, como potente explicador da ideação suicida, independentemente do contexto cultural em que vivem as populações expostas (ASLAN *et al.*, 2019; BENBENISHTY *et al.*, 2018; SHER, 2020; KYUNG *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2018; DUPREY *et al.*, 2021; ZAKHOUR *et al.*, 2021; ADEWUYA; OLADIPO, 2020). O transtorno do pânico é outro fator importante na compreensão interna do contexto suicida, uma vez que ele é um marcador determinante da evolução da ideia de se matar, para a tentativa (SMITH *et al.*, 2020). Este transtorno está intimamente relacionado ao traço de impulsividade, outro marcador importante para a efetividade da tentativa (PATTUTI, 2004; DE MORAES, 2011; O'CONNOR E KIRTLEY, 2018).

Dentre todas as psicopatologias, a depressão figura mais frequentemente nos estudos sobre ideação suicida (ARSLANOGLOU *et al.*, 2019; BENBENISHTY *et al.*, 2018; CAMPISI *et al.*, 2020; CHEN *et al.*, 2019; CHENG *et al.*, 2020; FULLER-THOMSON *et al.*, 2019; LEVI-

BELZ; ZERACH 2018; PALMA *et al.*, 2020). A gravidade da depressão é um marcador potente para a migração da ideia de se matar para as tentativas, conforme afirmam Wei *et al.* (2018), em pesquisa realizada na China e posteriormente corroborado na pesquisa de Zakhour *et al.* (2021), no Líbano.

No Nepal, mulheres em situação de abandono, luto e em condições de trabalho precarizadas, apresentaram quadro de depressão e, consequentemente ideação suicida. Neste estudo, 16,2% destas mulheres cometem suicídio (GARRISON-DESANY *et al.*, 2020). O gênero, como já discutido, têm notoriedade no contexto do suicídio que, quando associado a depressão, potencializam ainda mais o risco de morte por esse motivo. No Canadá, ser mulher jovem, com depressão (CAMPISI *et al.*, 2020); nos Estados Unidos (BENBENISHTY *et al.*, 2018); em países da África (OWUSU *et al.*, 2020; NYUNDO *et al.*, 2020; UDDIN *et al.*, 2019); e, na Austrália (RESKO *et al.*, 2018), ou seja, em pesquisas em todos os continentes, essa associação figura fortemente na etiologia do contexto do suicídio, em especial na sua ideação.

É preciso compreender a psicopatologia como mais um fator presente na ocorrência do contexto do suicídio, porém há ao mesmo tempo, a necessidade de se distanciar do modelo medicalizante imbrincado na patologização deste evento, muito oportuno a um mercado que se preocupa apenas com *royalties* e patentes, em detrimento daquilo que precisa ser, de fato, elucidado. Modelos de explicação do suicídio e seu contexto, como demonstraram O'Connor e Kirtley (2018), representa esse esforço, que exclui a psicopatologia, passando a dar foco num processo menos patologizante para a compreensão da cadeia que incide sobre o comportamento suicida.

A ideação suicida em jovens e adultos: o que há de comum entre esses dois grupos?

Ao se avaliar os fatores associados, estratificados pelas faixas etárias citadas, alguns deles foram comuns aos indivíduos dos 15 até os 59 anos, ou seja, existem condições que propiciam a ideação suicida tanto em jovens quanto em adultos em fase laboral mais ativa. A violência sofrida na infância e o trauma deixado nesses grupos, é um destes fatores. O fato de não apresentar associação com o público idoso, sugere algumas reflexões que podem ajudar a entender a natureza desta associação nos mais jovens: quais fatores têm papel protetor para os

mais idosos? O hiato temporal entre o trauma e a idade influenciam na perda da associação com a ideação? O crescimento populacional tem influência, já que a expectativa de vida aumentou?

É preciso compreender que a violência sofrida, com foco nos indivíduos mais jovens, é um potente indicador proximal da ideação suicida. Diversos estudos demonstraram a relação entre sentimentos que provocam insatisfação com alta demanda emocional, em especial nas mulheres, e as experiências de violências vividas na infância (DUPREY *et al.*, 2021; EL-KHOURY *et al.*, 2020; MARTÍNEZ *et al.*, 2019).

O distúrbio do sono é outro fator importante a ser considerado enquanto indicador de ideação suicida. Evidentemente, por si só, não define este desfecho, mas sua constância, aliado a outras condições psíquicas que geram insatisfações, como a ruminação de pensamentos e a ansiedade, representam importante indicador da ideia de se matar, conforme visto na literatura internacional (LITTLEWOOD *et al.*, 2019; OWUSU *et al.*, 2020; KAINAT; IJAZ, 2020; HOLDAWAY *et al.*, 2018). Pesquisas norte-americanas indicam que questões etárias e de gênero influenciam nesse contexto, moderando a relação entre o distúrbio do sono e a ideação suicida (FULLER-THOMSON *et al.*, 2019; OWUSU *et al.*, 2020).

É necessário compreender que, estes eventos que provocam o sofrimento, quando crônicos, apresentam dinâmica cumulativa, pois normalmente não ocorrem isoladamente e, podem implicar em outros desdobramentos, com manifestações diversas, como os transtornos somatoformes, também associados a ideação suicida. Estes transtornos são manifestações físicas, a priori, sem explicação biomédica convencional. Eles se manifestam a partir da aglutinação de sofrimentos que encontram vazão nestes sintomas físicos e seus desdobramentos mais graves (CONRADO; 2009).

A ideação suicida em adolescentes e adultos jovens

A faixa etária de 15 a 24 anos foi aquela mais afetada pela ideação suicida. Muitos são os fatores que podem causar sofrimento nessa fase da vida. Trata-se de um período maturação, repleto de desafios, dúvidas, insatisfações e mudanças, com inúmeras demandas que provocando rupturas emocionais de diversas ordens (WHO, 2014). Aspectos ligados à construção de identidade própria, de pertencimento, de acolhimento social são agudos nesse período. A transição entre a adolescência e a adulteza traz consigo inúmeras incertezas e

transformações biopsicofisiológicas que podem ocasionar sofrimento mental. Assim, sentimentos de inadequação, de tristeza, ansiedade, medo de fracasso são também frequentes. Falhas no acolhimento, escuta ou ajuda nesse período de desenvolvimento podem produzir intenso sofrimento e, em função de um repertório de respostas ainda em formação, culminar em sofrimento psíquico e transtornos mentais. Não raro, comportamentos que buscam reduzir ou amortecer a sensação de sofrimento, como o consumo abusivo de álcool e drogas, são observados nessa fase. Como a origem do problema não é enfrentada, esses comportamentos intensificam o sofrimento, favorecendo a IS, como foi observado neste estudo, sendo o consumo de álcool associado a maior prevalência de IS.

Estudos mundiais apontam que o uso abusivo do álcool está associado a ideação suicida e é um importante indicador de sofrimento mental, em especial entre adolescentes e adultos jovens (NOMURA *et al.*, 2021; ZAKHOUR *et al.*, 2021; PEREIRA *et al.*, 2020). Resultados similares foram observados em mulheres jovens australianas (RESKO *et al.*, 2018) e em um estudo longitudinal, nos Estados Unidos (SELLERS *et al.*, 2019). No público mais jovem, o uso do álcool pode associar-se à busca de pertencimento a nichos sociais específicos ou pela busca da emancipação da fase adulta. Na fase adulta inicial, o sofrimento pode decorrer de demandas como a inserção no mercado de trabalho e a constituição de uma família. O fato é que o uso abusivo de álcool potencializa o sofrimento psíquico, como evidenciado nesta pesquisa para o público mais jovem de forma exclusiva, quando comparado em outras faixas de idade.

A fase adulta e os fatores associados à ideação suicida: reflexos de pressões e exigências da vida produtiva

Há especial destaque a esta fase da vida, principalmente quando se entende ser este público o mais produtivo socialmente, sob o ponto de vista das articulações do mundo do trabalho e da produção da vida, de modo geral.

Há de se compreender que é nesta fase da vida que se consolidam as estruturas que ofertam conforto, possibilidade de acessos a estruturas como os serviços de saúde e de qualidade de vida. Portanto, questões que influenciem na limitação de acesso a estas estruturas, repercutem de sobremaneira nos sofrimentos. A escolaridade baixa e média, as diferenças de

gênero e o desemprego são fenômenos sociais historicamente excludentes e necessitam de sistemas coletivos de apoio que ofertem proteção a estes grupos.

Ser mulher e não trabalhar remuneradamente, apresentaram associação com a ideação suicida nesta fase da vida. Estudos internacionais apontam ser a questão do gênero, um componente importante para a compreensão da ideação suicida (KANTORSKI *et al.*, 2021; CAMPISI *et al.*, 2020; NYUNDO *et al.*, 2020; MAY *et al.*, 2018). Na França, ser mulher apresentou destaque para a explicação da ideação suicida, em um estudo com mais de vinte mil trabalhadores e trabalhadoras (NIEDHAMMER *et al.*, 2020), que se repetiu em estudo chinês, do mesmo público (LIU *et al.*, 2019). Neste mesmo país, um estudo revelou que a associação da ideação suicida em mulheres é cinco vezes maior do que em homens, quando expostas ao estresse familiar provocado pela sobrecarga doméstica e o estresse no trabalho (LIN *et al.*, 2020), demonstrando que, além do fato de ser mulher, a tripla jornada desencadeia sofrimentos diversos indicando ser este um caminho potente para a explicação do evento.

Portanto, há distinções de gênero importantes nesta fase da vida e que merecem destaque. A sobrecarga doméstica, como visto, é uma destas condições (ZHANG *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2018). Neste estudo houve associação com a ideação suicida, no grupo etário em idade laboral produtiva. Possivelmente, o acúmulo de funções estabelecido na tripla jornada determina, logicamente, a redução do autocuidado, seja para o lazer, seja com a própria saúde, uma vez que não há tempo suficiente para tal. Nessa circunstância a mulher padece, pois tais estruturas que lhes são negadas, são importantes protetores para o sofrimento mental (PINHO *et al.*, 2021; PINHO; ARAÚJO, 2012). As questões de gênero, principalmente na sociedade brasileira, precisam de relevo a partir da produção de evidências que demonstrem a vulnerabilidade em que as mulheres se encontram.

Além das questões relacionadas ao gênero, o acesso a boa qualidade vida, enquanto fator protetor no processo saúde/doença, é diretamente influenciada pelos aspectos socioeconômicos. Quando avaliados os suicídios consumados, no Brasil, 71% dos casos, no ano de 2020, foi entre as pessoas com baixa/média escolaridade (SIM, 2020). Na literatura internacional esse dado se repete, indicando um caminho interventivo importante para o enfrentamento do problema. Indivíduos nessa faixa etária estão em idade laboral produtiva e sabe-se que, pessoas com pouca escolaridade estão sujeitas às piores condições de trabalho, de acesso à renda, lazer, dentre outros fatores preditivos para o sofrimento mental e o suicídio (CHEN *et al.*, 2019; ASLAN; HOCAOGLU; BAHCECI, 2019; KANTORSKI *et al.*, 2021).

Outra característica proeminente para a explicação da ideação suicida neste estudo, foi o desemprego, fator de risco muito potente para esta fase da vida. O fato de não estar empregado formalmente, submetido a subempregos, sem as condições mínimas de oferta de segurança, repercute de sobremaneira num misto de sentimentos deletérios à saúde mental: seja insatisfação, frustração, medo e/ou ausência de perspectivas futuras, ocasionando o sofrimento psíquico (O'BRIEN *et al.*, 2022). Deste modo, a ideação suicida em não trabalhadores, pode representar, em um momento de desespero, uma alternativa de fuga dos sofrimentos, alocando este público sob tais circunstâncias, entre as principais prioridades das ações de prevenção do suicídio. Em estudo português, a intensidade da ideação suicida foi relacionada à duração do desemprego, em grandeza diretamente proporcional (FARIA *et al.*, 2020).

O desemprego tem sido agravado pelo cenário de crise econômica mundial, que juntamente com os desdobramentos vividos pela pandemia da Covid-19, tem proporcionado efeitos diretos e indiretos na saúde mental das coletividades. O isolamento intensificou os sentimentos de medo, angústias, de incertezas contínuas, principalmente provenientes do mundo do trabalho. Tais condições desencadearam um sistema de pressões que provocaram sofrimentos múltiplos, inclusive a ideação suicida, que encontra neste cenário campo fértil (SHER, 2020). O'Bryen e colaboradores (2022) definiram o suicídio de trabalhadores norte-americanos submetidos a estas condições como “mortes por desespero”.

Decerto, estratégias de enfrentamento, principalmente em um panorama como este, precisa envolver o apoio social, seja dos nichos mais próximos aos indivíduos em sofrimento, sejam estruturas alicerçadas em protocolos e políticas institucionais e/ou públicas, para sua prevenção e promoção de saúde e bem estar. Faria e colaboradores (2020) apontam que o apoio social é um fator de proteção significativo para o contexto do suicídio. Políticas públicas inclusivas e emancipatórias, que funcionem em rede de apoio contínuo, deve ter destaque enquanto alternativa mais vindoura no enfrentamento deste contexto.

Limitações do estudo

Por se tratar de um estudo transversal, a identificação da causalidade é comprometida pelo próprio desenho metodológico. Portanto, inferências neste sentido precisam ser compreendidas não apenas pelos dados empíricos, mas pela evidência da literaturaposta nas discussões. Além disso, o próprio desfecho, considerado de baixa prevalência, quando

estratificado por características mutuamente excludentes, como faixa etária, reduz ainda mais o tamanho amostral, proporcionando grandes diferenças de proporções e amplitude do intervalo de confiança, o que inviabiliza procedimentos analíticos mais robustos. Além disso, a natureza estigmatizadora do desfecho pode ter impactado na prevalência identificada, em função da não assumpção da sua ocorrência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacaram-se neste estudo características imperativas para a produção de estratégias de enfrentamento da ideação suicida por fase da vida: políticas de enfrentamento da violência física e emocional, em todos os âmbitos e contextos cotidianos; prevenção da violência na infância; coibição para o uso do álcool nos mais jovens; e, políticas mais efetivas de inclusão para trabalhadores de baixa/média escolaridade e desempregados, com especial atenção às distinções de gênero, que envolve a sobrecarga doméstica.

Portanto, as ações e intervenções devem ser guiadas neste sentido, para o ideal enfrentamento do problema. As outras características presentes em cada fase da vida, representam fatores de intervenções importantes, porém mais tardios, pois as dimensões da insatisfação e os transtornos mentais fazem parte de uma cadeia propiciada por fases anteriores e que se aproximam da gênese real dos sofrimentos. Políticas que incorporem a promoção da satisfação individual e coletiva, a partir de mudanças estruturais que promovam acesso qualificado ao trabalho e renda, ao lazer e serviços de seguridade social estão no escopo mais precoce para a prevenção ao suicídio, independente da fase da vida. Viver em uma sociedade menos desigual e mais justa, com políticas de proteção social cada vez mais capilarizadas, certamente impactará nos indicadores distintos identificados nas faixas etárias que diferiram os estratos aqui estudados.

Para o idoso, a percepção em “ancorar” os seus entes próximos, dando-lhes uma sobrecarga “desnecessária”, associada à sua existência e, a ausência de sentido de utilidade, bem como a solidão, repercutem em seus pensamentos e sua (in)satisfação sobre a própria vida; para o jovem adulto, o sentimento de fracasso profissional, as dívidas, o distanciamento dos sonhos, os conflitos no trabalho, o acurralam no sentido do sofrimento; para os mais jovens, o imediatismo em “ter”, a frustração em “não ter”, os conflitos com seus pares, a idealização mercantilizada do belo, do modo de viver, vestir e ser, inalcançáveis, sobreponem valores e

valências que deveriam permear sua formação e que acabam aglutinando, senão nesse momento, numa adultez mais madura, comportamentos autodestrutivos.

Sistemas de proteção e promoção da saúde e bem estar, precisam estar alinhados aos achados que indicam fatores anteriores às psicopatologias e que estão na gênese dos sofrimentos que levam ao suicídio. Estas condições, como apontadas neste estudo, representam um nó crítico para o planejamento em saúde, pois fere o tecido social em que se estabelecem as relações hegemônicas vigentes. As desigualdades sociais que repercutem nas condições de gênero, acesso a renda, múltiplas violências, trabalho digno e serviços de segurança social estão historicamente nas pautas de discussão para a produção de políticas públicas, porém quase sempre sem orçamento suficiente para mudanças efetivas na qualidade de vida e bem estar das coletividades.

Essas mesmas forças hegemônicas, insistem em culpabilizar a pessoa em sofrimento, a partir de fatores que individualizam o fenômeno, como os transtornos mentais. É mais fácil atribuir a responsabilidade ao indivíduo, remediar a situação e isolar o problema, o mantendo velado sob taxas, quantitativamente, pouco representativas. Dar evidência a fatores mais estruturais enquanto centrais para o desencadeamento do suicídio, desnudaria um modelo de produção excludente e diretamente responsável por, talvez, o fenômeno mais brutal e traumático em que se estabelecem as relações da vida. Berenchttein Netto (2011), oportunamente, pontua que o indivíduo não suicida, ele é “suicidado” por este modelo de neosociabilidade.

REFERÊNCIAS

- Adewuya AO, Oladipo EO. Prevalence and associated factors for suicidal behaviours (ideation, planning, and attempt) among high school adolescents in Lagos, Nigeria. European Child & Adolescent Psychiatry. 2020; 29: 1503–1512.
- Amaral RA, Malbergier A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP). Rev Bras Psiquiatr 2004; 26(3):156-63.
- Aquino EML. Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador 1996.
- Aravena JM, Gajardo J, Saguez R. Salud mental de hombres mayores en Chile: una realidad por priorizar. Revista Panamericana de Salud Pública. 2019; 42.

Arslanoglou E, Banerjee S, Pantelide, J, Evans L et. Al. Negative Emotions and the Course of Depression During Psychotherapy in Suicidal Older Adults With Depression and Cognitive Impairment. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2019; 27: 1287-1295.

Aslan M, Hocaoglu C, Bahceci B. Description of suicide ideation among older adults and a psychological profile: a cross-sectional study in Turkey. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24: 1865-1874.

Baquero LCM, Pinzón MAV, Prada MPP, Prieto BLA. Association between symptoms of anorexia and bulimia nervosa and suicidal behavior in school children of Boyacá, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*. 2017; 20: 189-199.

Benbenishty R, Astor RA, Roziner I. A School-Based Multilevel Study of Adolescent Suicide Ideation in California High Schools. *The Journal of Pediatrics*. 2018; 196: 251-257.

Berenchtein Netto N. A morte proibida do trabalhador – análise histórico-social das relações entre suicídio e trabalho no Brasil. In: Barreto M, Berenchtein Netto N, Pereira LB. Do assédio moral à morte de si: significados sociais do suicídio no trabalho. São Paulo: Matsunaga 2011; 123-161.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

Campisi SC, Carducci B, Akseer N, Zasowski C et. Al. Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC Public Health*. 2020; 20: 1102.

Chen R, Zhu X, Wright L, Drescher J et. Al. Suicidal ideation and attempted suicide amongst Chinese transgender persons: National population study. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 245: 1126-1134.

Cheng X, Bu H, Duan W, He A et al. Measuring character strengths as possible protective factors against suicidal ideation in older Chinese adults: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2020; 20: 439.

Conrado LA. Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2009; 84: 569-581.

Denneson LM, McDonald KL, Tompkins KJ, Meunier CC. Elucidating the chronic, complex nature of suicidal ideation: A national qualitative study of veterans with a recent suicide attempt. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2020; 15: 100030.

Duprey EB, Handley ED, Manly JT, Cicchetti D et. Al. Child maltreatment, recent stressful life events, and suicide ideation: A test of the stress sensitivity hypothesis. *Child Abuse & Neglect*. 2021; 113: 104926.

El-Khoury F, Puget M, Leon C, du Roscoat E. et. Al. Increased risk of suicidal ideation among French women: the mediating effect of lifetime sexual victimisation. Results from the nationally representative 2017 Health Barometer survey. *Archives of Women's Mental Health*. 2020; 23: 635–641.

Falavigna A et al. Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students. *Sleep Breath* 2011;15(3): 351-5. <https://doi.org/10.1007/s11325-010-0392-x>

Faria M, Santos MR, Sargento P, Branco M. O papel do apoio social na ideação suicida: uma comparação entre empregados e desempregados, *Journal of Mental Health*, 29: 1, 52-59

Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc saúde coletiva* 2000; 5(1): 33-38.

Fuller-Thomson E, West KJ, Baiden P. The tide does turn: Predictors of remission from suicidal ideation and attempt among Canadians who previously attempted suicide. *Psychiatry Research*. 2019; 274: 313-321.

Garrison-Desany H.M, Lasater ME, Luitel NP et al. Suicidal ideation among Nepali widows: an exploratory study of risk factors and comorbid psychosocial problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020; 55: 1535–1545.

Gonzalez VM, Halvorsen KAS. Mediational Role of Drinking to Cope in the Associations of Depression and Suicidal Ideation with Solitary Drinking in Adults Seeking Alcohol Treatment. *Substance Use & Misuse*. 2021; 56: 588-597.

Holdaway AS, Luebbe AM, Becker SP. Rumination in relation to suicide risk, ideation, and attempts: Exacerbation by poor sleep quality?. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 236: 6-13.

Kainat S, Ijaz T. Relationship between anger, suicidal ideation and sleep disturbance in patients on haemodialysis treatment in Sheikhupura, Pakistan. *JPMA: Journal of the Pakistan Medical Association*. 2020; 70: 139-142.

Kantorski LP, Guedes AC, Ramos CI, Treichel CAS, Portela DL, Willrich JQ, Jardim VMR, Santos VB. Prevalência de ideação e tentativa de suicídio entre usuários de um centro de atenção Psicossocial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2021; 42: e20190505.

Knipe D, Williams AJ, Hannam-Swain S, Upton S, et. Al. Psychiatric morbidity and suicidal behaviour in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*. 2019; 16(10): e1002905.

Korber S, Frieser D, Steinbrecher N, Hiller W. Classification characteristics of the Patient Health Questionnaire-15 for screening somatoform disorders in a primary care setting. *J Psychosom Res*. 2011;71(3):142–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.01.006>.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32:345-59.

Kyung Y, Choi MH, Jeon YJ, Lee JS et. Al. Association of atopic dermatitis with suicide risk among 788,411 adolescents: A Korean cross-sectional study. *Annals of Allergy Asthma Immunology*. 2020; 125: 55-64.

Lange S, Cayetano C, Jiang H, Tausch A, Souza RO. Contextual factors associated with country-level suicide mortality in the Americas, 2000–2019: a cross-sectional ecological study. *The Lancet Regional Health–Americas*. 2023; 100450.

Levi-Belz Y, Zerach G. Moral injury, suicide ideation, and behavior among combat veterans: The mediating roles of entrapment and depression. *Psychiatry Research*. 2018; 269: 508-516.

Lin W, Wang H, Gong L, Lai G. Work stress, family stress, and suicide ideation: A cross-sectional survey among working women in Shenzhen, China. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 227: 747-754.

Liu Y, Zhang J, Hennessy DA, Zhao S. Psychological strains, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical and non-medical staff in urban China. *Journal of affective disorders*. 2019; 245: 22-27.

Littlewood DL, Kyle SD, Carter LA; Peters S. Short sleep duration and poor sleep quality predict next-day suicidal ideation: an ecological momentary assessment study. *Psychological medicine*. 2019; 49: 403-411.

Lua I et al. Measurement of depression in the Brazilian population: validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ-8). *Cadernos de Saúde Pública* 2022; 38(6): e00176421. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN176421>.

Martínez SL, Wasser AC. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2019; 9: 138-160.

May AM, Lawson C, Bryan A, Bryan CJ. Nonsuicidal self-injury, suicide ideation and suicide attempts in the National Guard. *Comprehensive Psychiatry*. 2018; 86: 115-118.

Niedhammer I, Bèque M, Chastang JF, Bertrais S. Psychosocial work exposures and suicide ideation: a study of multiple exposures using the French national working conditions survey. *BMC Public Health*. 2020; 20: 895.

Nomura K, Minamizono S, Maeda E, Kim R et al. Cross-sectional survey of depressive symptoms and suicide-related ideation at a Japanese national university during the COVID-19 stay-home order. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2021; 26: 30.

Nyundo A, Manu A, Regan M, Ismail A. Factors associated with depressive symptoms and suicidal ideation and behaviours amongst sub-Saharan African adolescents aged 10-19 years: cross-sectional study. *Tropical Medicine and International Health*. 2020; 25: 54-69.

O'Brien R, Bair EF, Venkataramani AS. Death by Robots? Automation and Working-Age Mortality in the United States. *Demography*. 2022; 59(2): 607-628.

O'Connor R, Kirtley, O. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2018; 373. 20170268. 10.1098/rstb.2017.0268.

Organização das Nações Unidas (ONU). Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde e Bem-Estar, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em julho de 2021.

Owusu JT, Doty SB, Adjaye-Gbewonyo D, Bass JK et Al. Association of sleep characteristics with suicidal ideation and suicide attempt among adults aged 50 and older with depressive symptoms in low- and middle-income countries. *Sleep Health*. 2020; 6: 92-99.

Palma TFP, Ribeiro SMA, Santos VMT. A autoimagem, os transtornos mentais comuns e a depressão em estudantes de graduação. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*. 2020; 10: 108-115.

Patutti CAOB. Transtorno de pânico e ideação suicida: Características de personalidade por meio do Teste de Pfister (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2004 (119 páginas).

De Moraes PHP. Relação entre impulsividade e suicídio em pacientes com transtorno afetivo bipolar (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. 2011 (66 páginas).

Pereira AS, Willhlem AR, Koller SH, Almeida RMM. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23: 3767-3777.

Pereira GK, Madruga AB, Kawahala E. Suicídios em uma organização policial-militar do sul do Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2020; 28(4):500-509.

Pinho PS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2012;15: 560-572.

Pinho PS, Freitas AMC, Cardoso MDCB, Silva JSD, Reis LF, Muniz CFD, Araújo TMD. Trabalho remoto docente e saúde: repercussões das novas exigências em razão da pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde* 2021;19.

Rao JNK, Scott AJ. The analysis of categorical data from complex sample surveys: chisquared tests for goodness of fit and independence in two-way tables. *J Am Stat Assoc* 1981; 76:221-30. 29.

Rao JNK, Scott AJ. On chi-squared tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. *Ann Stat* 1984; 12:46-60.

Resko SM, Kruman Mountain S, Browne S, Kondrat DC et. Al. Suicidal Ideation and Suicide Attempts among Women Seeking Treatment for Substance Use and Trauma Symptoms. *Health & social work*. 2018; 43: 76-83.

Rocha GP, Araújo Filho GM, Ávila LA. Atitudes de médicos e estudantes de medicina com pacientes com ideação suicida. *Revista Bioética*. 2020; 28: 344-355.

Santos KO, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(1): 214-22.

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). OMS alerta: Suicídio é a 3^a causa de morte de jovens brasileiros entre 15 e 29 anos. Acesso em agosto de 2021. SESAB, 2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/09/10/oms-alerta-suicidio-e-a-3a-causa-de-morte-de-jovens-brasileiros-entre-15-e-29-anos/>.

Sellers CM, Iriarte ADV, Battalen AW, O'Brien KHM. Alcohol and marijuana use as daily predictors of suicide ideation and attempts among adolescents prior to psychiatric hospitalization. *Psychiatry Research*. 2019; 273: 672-677.

Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2020; 113(10): 707-712.

Silva RM, Souza GS, Vieira LGES, Caldas JMP et. Al. Suicidal ideation and attempt of older women in Northeastern Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; 71: 807-815.

Sistema de Informação de Mortalidade. Dados de 2020. Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador (ISC-UFBA/CGSAT-MS). [Internet] [Acesso em maio de 2022]. Disponível em: <http://www.ccvsat.ufba.br/sim/>.

Smith N, Martin R, Bauer B, Bandel S, Capron D. The association between nocturnal panic attacks and suicidal ideation, plans, and attempts. *Psychiatry Res* 2020; 291: 113280.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *JAMA* 1999; 282:1737-44.

Uddin R, Burton NW, Maple M, Khan SR, Khan A. Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2019; 3: 223-233.

Wei S, Li H, Hou J, Chen W et. Al. Comparing characteristics of suicide attempters with suicidal ideation and those without suicidal ideation treated in the emergency departments of general hospitals in China. *Psychiatry Research*. 2018; 262: 78-83.

World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Genebra: Organizaçao Mundial da Saude 2014. Disponivel em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Acesso em: 2 mar 2020.

World Health Organization. WHO Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates. Global Health Estimates. [Internet], 2021 [citado em maio de 2022]. Disponivel em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.

Zakhour M, Haddad C, Sacre H, Hala F et al. Suicidal ideation among Lebanese adults: scale validation and correlates. *BMC Psychiatry*. 2021; 21: 100.

Zhang X, Sun J, Wang J, Chen Q et. Al. Suicide ideation among pregnant women: The role of different experiences of childhood abuse. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 266: 182-186.

5.4 ARTIGO 4

DETERMINANTES DA IDEAÇÃO SUICIDA EM TRABALHADORES E TRABALHADORAS: uma abordagem de modelagem com equações estruturais

RESUMO

Objetivo: analisar os efeitos diretos e indiretos de determinantes da ideação suicida em trabalhadores(as), com foco na insatisfação global como exposição principal. **Métodos:** Estudo transversal, com dados da segunda onda de uma coorte prospectiva da população com 15 anos ou mais de idade, residente na zona urbana de município de grande porte da Bahia-Brasil. Aplicou-se questionário estruturado, incluindo dados sociodemográficos, do trabalho e prática de atividades de lazer. Os estressores ocupacionais foram investigados pelo Effort-Reward Imbalance e Job Content Questionnaire; a insatisfação global foi mensurada por indicadores do WHOQOL-bref; e a ideação suicida pelo item 17 do Self-Reporting Questionnaire. Foi processada modelagem de equações estruturais, com ponderação para amostras complexas. **Resultados:** A frequência de ideação suicida (IS), na amostra de 1.629 trabalhadores(as) estudados, foi de 5%. Efeitos diretos significantes para IS foram observados para insatisfação global ($\beta=0,72$; $p\text{-valor}=0,001$) e alta demanda emocional do trabalho ($\beta=0,27$; $p=0,007$). Gênero feminino, menor renda mensal, ausência de atividades de lazer, comprometimento excessivo com o trabalho e alta demanda emocional apresentaram efeitos indiretos significantes mediados pela insatisfação global. **Conclusão:** A vigilância em saúde do trabalhador depende de informações que possibilitem o planejamento de ações interventivas que o proteja. Os caminhos indicados por este estudo possibilitam a compreensão de uma cadeia de acontecimentos que vulnerabiliza o trabalhador a um nível insuportável de sofrimento, que considera o suicídio como solução para seus problemas.

Descritores: Ideação suicida, Suicídio, Saúde do Trabalhador, Estresse Ocupacional, Modelagem de Equações Estruturais.

ABSTRACT

Objective: to analyze the direct and indirect effects of determinants of suicidal ideation in workers, focusing on global dissatisfaction as the main exposure. Methods: Cross-sectional study, with data from the second wave of a prospective cohort of the population aged 15 years

or over, residing in the urban area of a medium-sized municipality in Bahia, Brazil. A structured questionnaire was applied, including sociodemographic data, work and leisure activities. Occupational stressors were investigated using the Effort-Reward Imbalance and the Job Content Questionnaire; global dissatisfaction was measured using WHOQOL-bref indicators; and suicidal ideation by item 17 of the Self-Reporting Questionnaire. Structural equation modeling was processed, with weighting for complex samples. Results: The frequency of suicidal ideation (SI), in the sample of 1,629 workers studied, was 5%. Significant direct effects for IS were observed for global dissatisfaction ($\beta=0.72$; $p\text{-value}=0.001$) and high emotional demand from work ($\beta=0.27$; $p=0.007$). Female gender, lower monthly income, lack of leisure activities, excessive commitment to work and high emotional demand showed significant indirect effects mediated by global dissatisfaction. Conclusion: The worker's health surveillance depends on information that allows the planning of intervention actions that protect him. The paths indicated by this study make it possible to understand a chain of events that makes workers vulnerable to an unbearable level of suffering, who consider suicide as a solution to their problems.

Keywords: *Suicidal ideation, Suicide, Occupational Health, Occupational Stress, Structural Equation Modeling.*

INTRODUÇÃO

O suicídio se configura como um proeminente problema de saúde pública mundial. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, o suicídio vitima anualmente mais de 800 mil pessoas. Isto significa que, a cada 40 segundos, uma pessoa comete suicídio: uma taxa de 11,6 suicídios a cada 100 mil pessoas, por ano¹. O suicídio corresponde a uma das quinze causas de morte mais frequentes na população geral, sendo a segunda em adultos jovens¹. O Brasil ocupa a décima quinta posição em taxa de suicídios das Américas, mas é o segundo em números absolutos, ficando atrás apenas dos Estados Unidos^{1,2}. Entre 1996 e 2015 ocorreram mais de 170 mil casos (cerca de 12 mil casos por ano); ou seja, a cada 46 minutos, em média, uma pessoa comete suicídio no Brasil. No estado da Bahia, de 2010 a 2019, ocorreram 5.160 casos, dos quais 634 aconteceram em 2019³.

A relação entre o suicídio e o trabalho raramente é focalizada na análise dos fatores determinantes de suicídio. Isto se deve à visão tradicional que confina eventos subjetivos no

âmbito individual, estabelecendo inadequações particulares como as suas causas únicas de ocorrência desse evento dramático. Os modos de degradação do tecido humano e social, no qual o trabalho tem papel central é, continuamente, invisibilizado. Sob o ponto de vista do(a) trabalhador(a), inúmeras são as razões que o fazem silenciar frente ao sofrimento psíquico. As invisibilidades deste fenômeno decorrem de processos sociais que isolam indivíduos considerados como não adaptados. Como consequência desta exclusão, emergem sentimentos e sensações, que sem resolução, se configuram como precursores do comportamento suicida: a solidão, o pertencimento frustrado, a sobrecarga percebida, a incapacidade produtiva para o trabalho, a desesperança, o sentido de inutilidade, entre outros, estruturam percepções deturpadas de si mesmo, que passam a ser internalizadas como culpa, não raro alimentado cotidianamente pelos meios de produção e, numa sociedade que estabeleceu a competitividade como *modus operandi*, pelos próprios colegas de trabalho. O medo, por sua vez, reforça a impressão do sentimento de fraqueza frente à rotina de trabalho, levando o indivíduo aos picos de sofrimento e ao adoecimento – portas abertas para a ideação suicida e para o suicídio (DEJOURS; BÈGUE, 2010). Dejours e Bègue⁴ destacam que, negar o sofrimento faz parte das estratégias de defesa coletivas, como medida de proteção ao desemprego, à retaliação pelo patronado e aos preconceitos associados aos transtornos mentais, que geram e alimentam estigmas e exclusões.

Apesar de ser um desfecho trágico e irreversível, o suicídio não ocorre repentinamente. Em geral, o indivíduo apresenta sinais e sintomas que indicam a sua intenção. Há, portanto, um contexto suicida que envolve um conjunto de características que sinalizam a situação. A ideação suicida, os planos e tentativas prévias de suicídio, materializam o sofrimento psíquico em estágio mais agudo. Outros eventos predominantemente identificados na literatura internacional, associados a este contexto, compõem um corpo de indicadores que podem auxiliar na compreensão do fenômeno e nas ações para sua mitigação. Compreender as relações entre estes indicadores tem papel crucial para caracterizar o comportamento suicida e para evitar que se consuma.

Na literatura científica predomina o foco isolado nos transtornos mentais como principais precursores do suicídio. Outros aspectos podem e devem ser analisados como fatores que contribuem para a situação de desespero e de sessão de ausência de solução que levam ao suicídio. Sentimentos de insatisfação global (com o trabalho, as relações sociais, com a própria saúde e consigo próprio), por exemplo, podem ser indicadores relevantes ao monitoramento de situações de vulnerabilidade e risco associado a este desfecho. Diante de um panorama de

investigações centradas em características individualizadas dos sujeitos, algo tão complexo como o suicídio restringe-se, em geral, ao que é mensurável e que se esteja restrito à esfera individual. Tal abordagem, porém, se mostra insuficiente, uma vez que as condições elencadas não estão na gênese do problema, mas são produtos dele e funcionam como mediadores para o contexto suicida. Portanto, a busca pela compreensão dos processos que (re)produzem coletivamente o adoecimento necessita de relevo. Definir um foco que ultrapasse a visão tradicional implica incluir, na análise, eventos mais amplos e complexos como aqueles relacionados ao gênero e as condições da vida, a organização do trabalho, suas condições e seus estressores, enquanto matriz importante dos sofrimentos, como sugerido vastamente na literatura científica^{5,6,7,8,9,10,11}.

Este estudo focaliza aspectos relacionados ao que foi intitulado de insatisfação global. Definiu-se insatisfação global (construto latente, a partir das insatisfações: com a capacidade para o trabalho, com as relações pessoais, consigo mesmo, com a qualidade de vida e com a saúde), como precursor direto da ideação suicida em trabalhadores(as), sendo esta característica compreendida como importante mediadora entre outros fatores associados ao sofrimento psíquico, dos quais destacaram-se: estressores ocupacionais^{12,13,14}; gênero^{5,15,16}; baixa renda^{17,18,19,20}; vivência de violência física ou emocional, no trabalho e fora dele²¹; e ausência de lazer⁶.

Os esforços no campo da Saúde Coletiva/Saúde do Trabalhador e das Ciências Sociais, frente a um fenômeno de natureza tão complexa, requer aprofundamento teórico-metodológico que permita imersão mais potente na busca por conhecimentos que visibilizem a melhor compreensão das relações entre os componentes desta problemática, tão trágica e, igualmente, enigmática. Objetiva-se, então, através deste estudo, analisar os fatores determinantes da ideação suicida em trabalhadores(as), avaliando os efeitos diretos e indiretos de seus indicadores, tendo como sua exposição principal a insatisfação global.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Estudo com dados pontuais no tempo oriundos da segunda onda da coorte prospectiva intitulada “Vigilância em saúde mental e trabalho: uma coorte da população de Feira de Santana-BA”, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB/SESAB/CNPQ/MS PPSUS/BA – 028/2018).

População, amostra e critérios de elegibilidade

A população de estudo da coorte é constituída por indivíduos com 15 ou mais anos de idade, residentes em zonas urbanas do município de Feira de Santana, Bahia, Brasil. A amostra atingida de 4.170 participantes foi selecionada por procedimento de amostragem complexa, estratificada de acordo com os cinco subdistritos do município, estabelecendo-se sorteio de conglomerados em dois estágios (setores censitários e ruas). Os sorteios para cada subdistrito obedeceram às seguintes etapas: a) amostragem simples das unidades primárias de amostragem (setor censitário); b) em cada setor censitário procedeu-se amostragem probabilística proporcional (domicílios por rua e pessoas por domicílio, de acordo com faixa etária e sexo) utilizando-se dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); c) Sorteio aleatório das ruas onde as entrevistas seriam realizadas.

Para a realização das entrevistas, foram incluídos os moradores elegíveis de todos os domicílios das ruas sorteadas. Os critérios de elegibilidade foram: residir no domicílio selecionado e ter 15 anos ou mais de idade. Foram excluídos indivíduos sem condições psicoemocionais de responder ao questionário, com deficiência auditiva ou verbal.

A amostra para este estudo foi o recorte dos 4.170 indivíduos da coorte, compreendendo 1.629 trabalhadores e trabalhadoras.

Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2018 a novembro de 2019, em todos os dias da semana, em turno diurno. Foram realizadas entrevistas individuais, face-a-face, no próprio domicílio, por equipe de pesquisa previamente treinada, com o máximo de privacidade para os(as) participantes. Para reduzir as perdas e tentar entrevistar cada participante elegível do domicílio, a equipe de pesquisa realizou até três visitas ao local, em dias e turnos alternados e somente após esgotadas as tentativas considerou-se perda.

Instrumento de coleta de dados e variáveis do estudo

Para este estudo, foram extraídas variáveis dos 10 blocos do questionário utilizado na segunda onda da coorte, a saber:

- e) Características sociodemográficas: gênero (0-Masculino: não exposto; 1-Feminino: exposto) e renda mensal (dicotomizada pela mediana em 0-Até R\$1.000,00 e 1- R\$1.000,00 ou mais). Para a modelagem com equações estruturais, a variável foi

denominada como Menor renda e categorizada em 0-Não (não exposto) e 1-Sim (exposto).

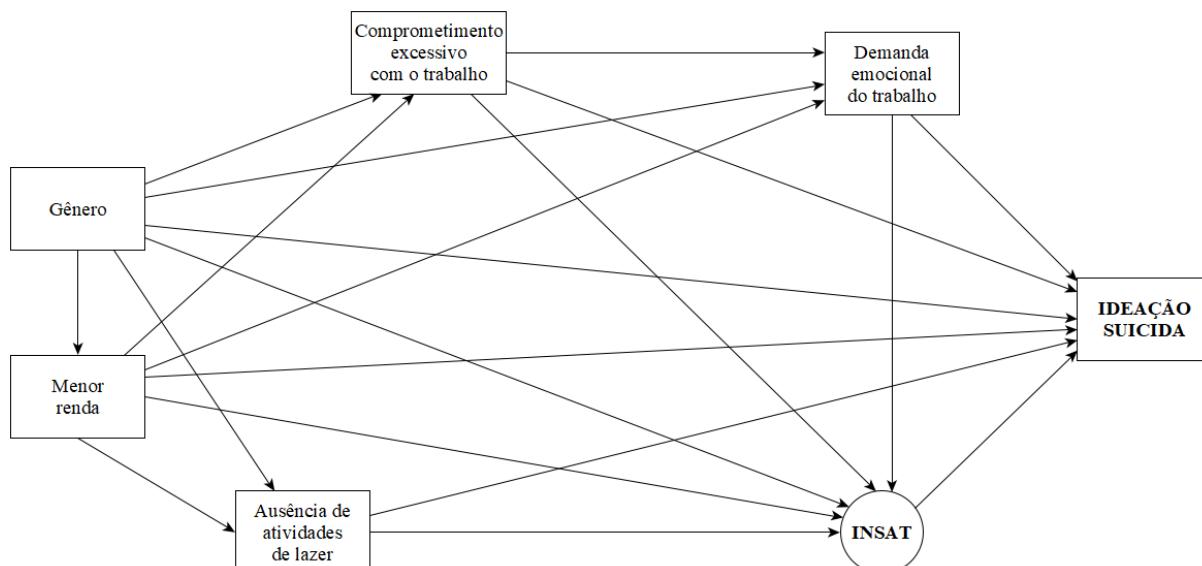
- f) Características ocupacionais: estressores ocupacionais denominados Comprometimento Excessivo com o Trabalho e a Demanda Emocional do Trabalho.
- O comprometimento excessivo com o trabalho foi avaliado pelo questionário *Effort-Reward Imbalance* (ERI)²², versão validada para uso na população brasileira^{23,24}. Essa dimensão mensurada pela escala é constituída por seis dos 23 itens, com opções de resposta do tipo likert de quatro pontos, que variam de "concordo totalmente" a "discordo totalmente". O escore foi obtido pela soma da pontuação atribuída aos itens e utilizou-se ponto de corte maior ou igual ao terceiro tercil para classificar a ausência (0-não exposto) ou presença (1-exposto) de comprometimento excessivo.
 - A demanda emocional do trabalho foi avaliada pelo Job Content Questionnaire (JCQ), versão 2.0. O indicador foi mensurado pelos itens: a) o trabalho exige muito emocionalmente; b) o trabalho envolve negociação/conversa/entendimento com outras pessoas; c) no trabalho é preciso suprimir as verdadeiras emoções. As opções de respostas estavam distribuídas numa escala do tipo likert, cujos escores variaram de 1 (discordo fortemente) a 4 (concordo fortemente). A pontuação obtida pela soma das respostas às três questões foi categorizada nos níveis: baixo (0-não exposto) e alto (1-exposto) utilizando-se o terceiro tercil como ponto de corte.
- g) Prática de atividade de lazer: o participante foi questionado se participava de atividades regulares de lazer para se distrair ou relaxar, independentemente do tipo, frequência e duração, com opções de resposta 0-Não e 1-Sim. Na modelagem com equações estruturais, optou-se por designar a variável como Ausência de Atividades de Lazer e categorizá-la em 0-Não (não exposto) e 1-Sim (exposto).
- h) Ideação suicida: aplicou-se o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), escala validada para uso em trabalhadores no Brasil²⁵, constituída por 20 questões dicotômicas (0-Não; 1-Sim) que avaliam a presença de sintomas ansiosos, somáticos e depressivos ocorridos nos últimos 30 dias. Para avaliar o desfecho deste estudo – ideação suicida, analisou-se a questão 17 do SRQ-20 “tem tido ideia de acabar com a vida?”, com posterior categorização em 0-Não (não exposto) e 1-Sim (exposto).

- i) Insatisfação Global: foram utilizadas questões do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)²⁶ para avaliar a satisfação com a capacidade para o trabalho, com as relações pessoais, consigo mesmo e com a qualidade de vida. Para avaliar a satisfação com a saúde, foi questionado ao(à) participante “de um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?”. Para a satisfação com a qualidade de vida e a saúde as opções de resposta variaram de 1-muito ruim a 5-muito boa e para os demais itens variaram de 1-muito insatisfeito a 5-muito satisfeito. Para as análises, todos os itens foram dicotomizados em 0-satisfeito(a) (valores 4 e 5) e 1-insatisfeito(a) (valores 1, 2 e 3).

Modelo estrutural e hipóteses de estudo

Foi elaborado um modelo estrutural de determinantes da ideação suicida em trabalhadores(as) (Figura 1). A hipótese principal é que a insatisfação global tem efeito direto sobre a ideação suicida em trabalhadores(as) e é mediadora do efeito indireto dos demais fatores (gênero, renda mensal, prática de atividades de lazer, vivência de violência física ou emocional e estressores ocupacionais).

Figura 1. Modelo estrutural de determinantes da ideação suicida em trabalhadores(as).



INSAT: Insatisfação global.

Tratamento e análise dos dados

Primeiramente, os dados foram organizados em banco de dados do software Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 24. Em seguida, utilizou-se o módulo survey do software Stata, versão 16.0, que considera a ponderação para amostras complexas, para processar análises descritivas de variáveis sociodemográficas e ocupacionais para caracterização dos(as) trabalhadores(as), com estimativas de frequências absolutas e relativas e respectivos intervalos de confiança de 95% (variáveis categóricas) ou medidas de tendência central e dispersão (variáveis contínuas). Para as variáveis constituintes do modelo estrutural, realizou-se análise bivariada, por meio do teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Rao-Scott, com significância estatística de 5%, para identificar diferenças de proporções com relação ao desfecho, ideação suicida.

Em seguida, o banco de dados foi exportado para o software Mplus, versão 8.7, onde foi processada a Modelagem de Equações Estruturais (*Structural Equation Modeling*), considerando a estrutura complexa da amostragem.

Para condução da SEM, primeiramente, foi realizada a mensuração do construto latente insatisfação global (modelo de mensuração)²⁷. Para esta finalidade, conduziu-se a avaliação da estrutura fatorial das variáveis diretamente observadas por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE), onde o número de fatores extraídos foi determinado por autovalores ≥ 1 (critério de Kaiser-Guttman)²⁸. A seguir, a unidimensionalidade do construto foi validada por meio de Análise Fatorial Confirmatória (AFC). O critério para retenção do item no fator foi apresentar carga fatorial padronizada $\geq 0,3$ e variância residual $\leq 0,7$ ^{29, 30}.

O modelo estrutural foi constituído pela variável latente insatisfação global (exposição principal), pelas variáveis observadas (gênero, renda mensal, prática de atividades de lazer, vivência de violência física ou emocional e estresse ocupacional) e a variável resposta: ideação suicida, também diretamente observada. Por meio de AFC, foram estimados os coeficientes de regressão (β) padronizados e respectivos p-valores (significância estatística de 5%). Os efeitos diretos, indiretos e totais foram classificados quanto ao tamanho em: pequeno (por volta de 0,10), médio (em torno de 0,30) e grande (cerca de 0,50 ou mais)³¹.

Para as análises fatoriais foi utilizado o estimador *Weighted Least-Squares Means and Variance Adjusted* (WLSMV). Foram inspecionados os Índices de Modificação ($MI \geq 10$) e as Mudanças de Parâmetros Esperadas ($EPC \geq 0,25$) para verificar a necessidade de reespecificar o modelo³². Para avaliar a qualidade do ajuste dos modelos (mensuração e estrutural) foi utilizado o Qui-Quadrado Normalizado ($\chi^2/\text{graus de liberdade}$) menor que 2³³; o *Root Mean Square*

Error of Approximation (RMSEA<0,06, com respectivo intervalo de confiança de 90% <0,08)³²; o *Comparative Fit Index* (CFI≥0,95) e o *Tucker-Lewis Index* (TLI≥0,95)³¹.

Aspectos éticos e legais

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (protocolo n.º 2.420.653), concernente às resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 1.629 trabalhadores(as). Predominaram as mulheres (892; 53,4%); faixa etária de 25 a 59 anos (1.220; 79,6%), com média de idade de 41,7 anos (DP=14,0; Mín.=15 e Máx.=93); ensino médio completo (961; 55,3%); não brancos (1.306; 82,1%), dos quais a maioria declarou-se parda (729; 45,6%); ter companheiro(a) (812; 52,8%) e filho(s) (1.144; 70,7%); renda mensal igual ou superior a R\$1.000,00 (521; 64,2%), com média de R\$897,24 (DP=1.470,80; Mín.=100,00 e Máx.=15.000,00). A maior parte morava acompanhado(a) (1.464; 91,8%), com quatro pessoas ou mais (761; 49,5%) e possuía casa própria (1.190; 75,2%).

Com relação às características ocupacionais, houve maior proporção de vínculo de trabalho precarizado (1.022; 67,0%). Considerando os direitos trabalhistas (férias, 13^a salário, folga e 1/3 adicional de férias), 65,0% relataram ter acesso a esses direitos. Predominou o tempo de trabalho de sete anos ou mais (754; 53,1%), com média de 11,1 anos (DP=11,0; Mín.=0 e Máx.=68); jornada de seis a sete dias de trabalho por semana (774; 53,2%), com média de 5,4 dias (DP=1,2; Mín.=1 e Máx.=7); turno diurno fixo (1.075; 73,8%); carga horária semanal igual ou maior a 30 horas/semana (886; 64,0%), com média 37,5 horas/semana (DP=16,7; Mín.=2 e Máx.=105).

A frequência de ideação suicida entre os(as) trabalhadores(as) foi de 5,0% (n=94/1.625; IC95% =3,3-7,6) Entre categorias de exposição de cada variável independente, comparado à frequência de não ter ideação suicida, houve predomínio da ideação suicida em mulheres (71,0%), menor renda (54,8%), quem não mantinha atividades de lazer (25,4%), presença de comprometimento excessivo com o trabalho (56,7%), alto nível de demanda emocional do trabalho (22,1%), insatisfação com a capacidade para o trabalho (26,2%), com as relações pessoais (40,7%), consigo mesmo (48,4%), com a qualidade de vida (67,5%) e com a saúde (51,3%) (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência de ideação suicida em trabalhadores(as), segundo características sociodemográficas, prática de lazer, vivência de violência, estresse ocupacional e insatisfação. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019. (N=1.629)

Variáveis	Amostra		Ideação Suicida			
	n	%	Não		Sim	
			n	%	n	%
Ideação Suicida (Total)	1.629	100	1.547	95,0	82	5,0
Gênero						
Homem	737	46,6	711	47,4	23	29
Mulher	892	53,4	820	52,6	71	71
Renda mensal (N=841)						
< R\$ 1.000,00	320	35,8	294	35	25	54,8
≥ R\$ 1.000,00	521	64,2	497	65	24	45,3
Ausência de atividades de lazer (N=1.618)						
Não	1.336	83,5	1.268	84,2	66	74,6
Sim	282	16,5	253	15,8	27	25,4
Comprometimento excessivo com o trabalho (N=1.480)						
Ausente	986	64,6	948	65,7	36	43,3
Presente	494	35,4	444	34,3	49	56,7
Demandas emocionais do trabalho (N=1.503)						
Baixa	1.305	87,1	1.238	87,6	64	77,9
Alta	198	12,9	177	12,4	21	22,1
Indicadores de INSAT						
Insatisfação com capacidade para o trabalho (N=1.509)						
Satisffeito	1.302	83,8	1.237	84,3	63	73,8
Insatisffeito	207	16,2	184	15,7	22	26,2
Insatisfação com as relações pessoais (N=1.618)						
Satisffeito	1.431	88,4	1.368	90,1	62	59,3
Insatisffeito	187	11,6	153	9,9	32	40,7
Insatisfação consigo mesmo (N=1.619)						
Satisffeito	1.403	83,5	1.347	85,4	54	51,6
Insatisffeito	216	16,5	174	14,6	40	48,4
Insatisfação com a qualidade de vida (N=1.618)						
Satisffeito	1.139	71,3	1.101	73,4	37	32,5
Insatisffeito	479	38,7	420	26,6	57	67,5

Insatisfação com a saúde (N=1.617)

Positiva	1.153	72,8	1.108	74	43	48,8
Negativa	464	27,2	413	26	50	51,3

INSAT: Insatisfação Global.

Maior prevalência de ideação suicida foi observada nos estratos de mulheres (6,7%), menor renda (6,1%), entre quem não mantinha atividades de lazer (7,9%), tinha comprometimento excessivo com o trabalho (7,7%) e alta demanda emocional do trabalho (8,1%). Relacionado ao domínio global de insatisfação, houve maior prevalência de ideação suicida em trabalhadores(as) insatisfeitos com capacidade para o trabalho (7,6%), com as relações pessoais (18,0%), consigo mesmo (15,0%), tinham qualidade de vida ruim (11,9%) e a saúde autorreferida como ruim (9,5%) (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de ideação suicida em trabalhadores(as), segundo características sociodemográficas, prática de lazer, vivência de violência, estresse ocupacional e insatisfação. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019. (N=1.629)

Variáveis	Ideação suicida P (%)	p-valor*
Gênero		
Homem	3,1	0,017
Mulher	6,7	
Renda mensal (N=788)		
< R\$ 1.000,00	6,1	0,047
≥ R\$ 1.000,00	2,8	
Ausência de atividades de lazer (N=1.628)		
Não	4,5	0,102
Sim	7,9	
Comprometimento excessivo com o trabalho (N=1.480)		
Ausente	3,2	<0,001
Presente	7,7	
Demandas emocionais do trabalho (N=1.467)		
Baixa	4,2	0,077
Alta	8,1	
Indicadores de INSAT		
Insatisfação com capacidade para o trabalho (N=1.509)		
Satisffeito	4,1	0,102
Insatisffeito	7,6	
Insatisfação com as relações pessoais (N=1.618)		
Satisffeito	3,4	<0,001
Insatisffeito	18,0	
Insatisfação consigo mesmo (N=1.619)		
Satisffeito	3,1	<0,001
Insatisffeito	15,0	
Insatisfação com a qualidade de vida (N=1.618)		
Satisffeito	2,3	<0,001
Insatisffeito	11,9	
Insatisfação com a saúde (N=1.617)		

Positiva	3,4	0,001
Negativa	9,5	

P: Prevalência; INSAT: Insatisfação Global.

*p-valor obtido pelo teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Rao-Scott (significância estatística de 5%).

O modelo de mensuração da variável latente Insatisfação Global (INSAT) obteve índices de ajuste satisfatórios (AFE: $\chi^2/gl=1,5$; RMSEA=0,029, com IC90%=0,017-0,042; CFI=0,989; TLI=0,978; AFC: $\chi^2/gl=1,5$; RMSEA=0,017, com IC90%=0,000-0,042; CFI=0,989; TLI=0,978 (dados não apresentados em tabelas). A presença de apenas um autovalor revelou a estrutura unidimensional de INSAT (Tabela 3).

Na AFE, todas as cargas fatoriais do modelo de mensuração foram fortes e estatisticamente significantes. A maior carga foi observada para o indicador “insatisfação consigo mesmo” (ICM) ($\lambda=0,877$) e a menor para “insatisfação com a saúde” (ISAU) ($\lambda=0,420$). Na AFC as cargas permaneceram fortes e significantes, com maior efeito de ICM ($\lambda=0,845$) e menor de ISAU ($\lambda=0,372$). Não foram sugeridas correlações residuais pelos índices de modificação de efeito (Tabela 3).

Tabela 3. Cargas fatoriais padronizadas do modelo de mensuração de Insatisfação Global de trabalhadores(as). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019. (N=1.629)

INSAT	AFE			AFC	
	Autovalores		λ	p-valor	λ
	1	2			
	2,72	0,85			

Variáveis indicadoras (códigos)

Insatisfação com capacidade para o trabalho (ICT)	0,575	$\leq 0,05$	0,631	<0,001
Insatisfação com as relações pessoais (IRP)	0,815	$\leq 0,05$	0,756	<0,001
Insatisfação consigo mesmo (ICM)	0,877	$\leq 0,05$	0,845	<0,001
Insatisfação com a qualidade de vida (IQV)	0,597	$\leq 0,05$	0,479	<0,001
Insatisfação com a saúde (ISAU)	0,420	$\leq 0,05$	0,372	<0,001

λ : Cargas fatoriais padronizadas; INSAT: Insatisfação Global; ICT: Insatisfação com capacidade para o trabalho; IRP: Insatisfação com as relações pessoais; ICM: Insatisfação consigo mesmo; IQV: Insatisfação com a qualidade de vida; ISAU: Insatisfação com a saúde.

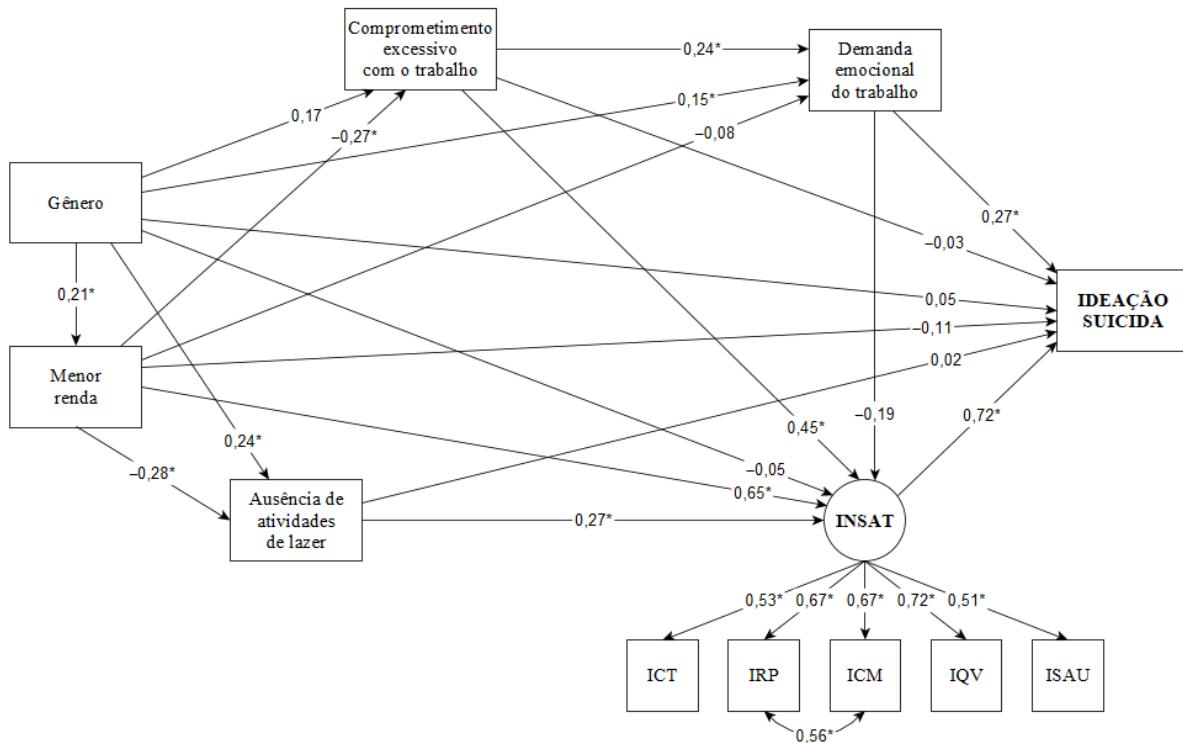
No modelo estrutural, a variável resposta foi a ideação suicida e as variáveis explanatórias: a variável latente INSAT e as variáveis, tomadas no estudo, como observadas:

gênero, menor renda mensal, ausência de atividades de lazer, comprometimento excessivo com o trabalho e demanda emocional do trabalho (Figura 2). Os índices de ajuste do modelo estrutural foram satisfatórios: $\chi^2/gl=1,4$; RMSEA=0,015, com IC90%=0,000-0,025; CFI=0,955; TLI=0,917 (dados não apresentados em tabelas)

O fator que mais contribui para a ideação suicida em trabalhadores(as) foi a insatisfação global. Identificou-se efeito direto grande de INSAT ($\beta=0,72$; $p\text{-valor}=0,001$) e médio de demanda emocional do trabalho ($\beta=0,27$; $p\text{-valor}=0,007$). Esses resultados evidenciam que, além da insatisfação global, a alta demanda emocional do trabalho incrementam, diretamente a prevalência de ideação suicida (Figura 2). Além dos efeitos diretos observados, foram identificados efeitos indiretos específicos, conforme apresentados na figura 2, e também os efeitos totais, identificados na tabela 4.

Os caminhos que apresentaram efeitos indiretos específicos, significativamente associados a ideação suicida, foram: a) mulheres que não praticavam atividades de lazer ($\beta=0,24$; $p\text{-valor}=0,001$) possuíam maior nível de insatisfação global ($\beta=0,27$; $p\text{-valor}<0,001$) e maior prevalência de ideação suicida ($\beta=0,21$; $p\text{-valor}=0,005$); b) mulheres com menor renda mensal ($\beta=-0,21$; $p\text{-valor}<0,001$) possuíam maior insatisfação global ($\beta=0,65$; $p\text{-valor}<0,001$) e maior prevalência de ideação suicida; c) mulheres com alta demanda emocional do trabalho ($\beta=0,15$; $p\text{-valor}=0,042$) apresentaram maior ocorrência de ideação suicida; d) o efeito direto de renda mensal não foi significante, contudo, verificou-se que, quanto menor a renda mensal do(a) trabalhador(a) maior a insatisfação global ($\beta=0,65$; $p\text{-valor}<0,001$) e maior a ocorrência de ideação suicida; e) maior renda associou-se à ausência de atividades de lazer ($\beta=-0,28$; $p\text{-valor}=0,033$), maior nível de insatisfação global e maior prevalência de ideação suicida; f) comprometimento excessivo com o trabalho não teve efeito direto significante sobre a ideação suicida, mas identificou-se que a sua presença aumentou a demanda emocional do trabalho ($\beta=0,24$; $p\text{-valor}=0,013$) e a prevalência de ideação suicida; g) o comprometimento excessivo com o trabalho associou-se a maior nível de insatisfação global ($\beta=0,45$; $p\text{-valor}<0,001$); h) trabalhadores(as) que não praticavam atividades de lazer possuíam maior insatisfação global ($\beta=-0,222$; $p\text{-valor}=0,001$) e prevalência de ideação suicida; g) ausência de lazer não apresentou efeito direto com significância estatística, porém, não praticar atividades de lazer associou-se à maior insatisfação global ($\beta=0,27$; $p\text{-valor}<0,001$), resultando em maior ocorrência de ideação suicida (Figura 2).

Figura 2. Modelo de equações estruturais com efeitos diretos e indiretos específicos para a ideação suicida em trabalhadores(as). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019. (N=1.629)



INSAT: Insatisfação Global; ICT: Insatisfação com capacidade para o trabalho; IRP: Insatisfação com as relações pessoais; ICM: Insatisfação consigo mesmo; IQV: Insatisfação com a qualidade de vida; ISAU: Insatisfação com a saúde.

*Coeficiente de correlação (β) estatisticamente significante ($p\text{-valor}<0,05$)

Além da demanda emocional no trabalho, outro indicador de estresse ocupacional apresentou efeito sobre a ideação suicida. O comprometimento excessivo com o trabalho, apesar de não apresentar efeito direto, apresentou efeito total significante ($\lambda=0,319$; $p\text{-valor}<0,001$). Houve também efeito total significante de menor renda mensal ($\lambda=0,207$; $p\text{-valor}=0,006$) e *borderline* para não praticar atividade de lazer ($\lambda=0,216$; $p\text{-valor}=0,056$), com tamanho de efeito médio. Houve efeito total pequeno de gênero, com maior exposição entre as mulheres ($\lambda=0,177$; $p\text{-valor}=0,008$) (Tabela 4).

Destacaram-se sobre a ideação suicida, mediados pelo maior nível de insatisfação global em trabalhadores(as): a menor renda mensal ($\lambda=0,470$; $p\text{-valor}=0,034$) e o comprometimento excessivo com o trabalho ($\lambda=0,323$; $p\text{-valor}=0,026$). A magnitude desses efeitos foi grande para menor renda e médio para comprometimento excessivo com o trabalho, com associação estatisticamente significante (Tabela 4).

Tabela 4. Efeitos totais e indiretos específicos padronizados do modelo de equações estruturais de fatores determinantes da Ideação Suicida em trabalhadores(as). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019. (N=1.629)

Caminhos	Coeficiente padronizado	p-valor
Efeitos totais		
GEN→IS	0,177	0,008*
MREN→IS	0,207	0,050*
AULAZ→IS	0,216	0,056**
COMP→IS	0,319	0,000*
DEMO→IS	0,130	0,203
Efeitos indiretos específicos		
GEN		
GEN→MREN→IS	-0,023	0,645
GEN→MREN→INSAT→IS	0,100	0,065
GEN→MREN→AULAZ→IS	-0,001	0,889
GEN→MREN→AULAZ→INSAT→IS	-0,012	0,283
GEN→MREN→COMP→DEMO→IS	-0,004	0,230
GEN→MREN→COMP→DEMO→INSAT→IS	0,002	0,381
GEN→MREN→COMP→IS	0,002	0,831
GEN→MREN→COMP→INSAT→IS	-0,018	0,202
GEN→MREN→DEMO→IS	-0,005	0,320
GEN→MREN→DEMO→INSAT→IS	0,003	0,345
GEN→AULAZ→INSAT→IS	0,048	0,187
GEN→AULAZ→IS	-0,006	0,889
GEN→COMP→IS	-0,006	0,853
GEN→COMP→DEMO→IS	0,011	0,238
GEN→COMP→DEMO→INSAT→IS	-0,006	0,383
GEN→COMP→INSAT→IS	0,055	0,202

GEN→DEMO→IS	0,042	0,138
GEN→DEMO→INSAT→IS	-0,022	0,273
GEN→INSAT→IS	-0,039	0,547

MREN

MREN→DEMO→IS	-0,023	0,383
MREN→COMP→IS	0,009	0,835
MREN→AULAZ→IS	-0,006	0,887
MREN→INSAT→IS	0,470	0,034*
MREN→COMP→DEMO→IS	-0,017	0,206
MREN→DEMO→INSAT→IS	0,012	0,403
MREN→COMP→INSAT→IS	-0,086	0,167
MREN→AULAZ→INSAT→IS	-0,054	0,327
MREN→COMP→DEMO→INSAT→IS	0,009	0,368

AULAZER

AULAZ→INSAT→IS	0,196	0,114
----------------	-------	-------

COMP

COMP→DEMO→IS	0,064	0,079
COMP →INSAT→IS	0,323	0,026*
COMP →DEMO→INSAT→IS	-0,033	0,271

DEMO

DEMO→INSAT→IS	-0,140	0,139
---------------	--------	-------

GEN: gênero; MREN: Menor Renda Mensal; COMP: Comprometimento Excessivo com o Trabalho; DEMO: demanda emocional do trabalho; INSAT: Insatisfação Global; IS: Ideação Suicida.

*p-valor≤0,05.

**Associação borderline.

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou como efeitos diretos da ideação suicida em trabalhadores e trabalhadoras, o maior nível de insatisfação destes indivíduos e a demanda emocional com o trabalho.

É primordial entender a insatisfação global, como produto de um modelo de produção da vida. Portanto, tem conformação nas impressões sobre o trabalho e sobre a própria capacidade de trabalhar; sobre as relações sociais, a qualidade de vida e o entendimento de si; além das impressões sobre o corpo físico e psicológico, que produzem sua saúde, fazendo com que condições crônicas e limitantes sejam importantes indicadores que conformam a (in)satisfação global. São muitas as suas características, assim como os estudos que evidenciam a construção desta dimensão, com gênese e caminhos distintos, mas também coincidentes, e que estão associadas a ideação suicida. Na China, o bem-estar é associado negativamente com a ideação suicida e, ações que caminhem neste sentido, fazem parte do escopo estrutural para o enfrentamento do problema^{13,14}.

É notório que o caráter amplo do construto “INSAT” transita em questões diversas que acometem o indivíduo e que provocam algum nível de sofrimento, como a angústia, o medo e a desesperança. Portanto, é esse construto mediador entre eventos que produzem situações que geram sofrimentos e a resposta estabelecida (adoecimento e morte). Um fator que exemplifica este caminho, muito comum em produzir a insatisfação com a vida, com a própria condição para o trabalho e consigo próprio, é a presença de doenças crônicas de longa duração, que na literatura mundial, estão amplamente associadas ao comportamento suicida^{13,34,35,36}.

As doenças, de maneira geral, são expressões clínicas individuais, sob o ponto de vista fisiopatológico, porém precisam ser compreendidas como processos mais amplos, como manifestações coletivas, que ocorrem por diversos motivos e que geram impactos sociais conhecidos, como o medo e a desesperança. Portanto a compreensão dos mecanismos geradores da insatisfação global, passa por circunstâncias como essas e por outras que compõem o tecido em que se estabelece a vida cotidiana, colocando o mundo do trabalho entre elas.

O trabalho é considerado determinante no processo saúde-doença, já que seus elementos interagem de forma dinâmica, inclusive com o(a) próprio(a) trabalhador(a), que precisa se flexibilizar no sentido de adaptar-se aos processos e à carga de trabalho. O processo contínuo de ter que se adaptar, acaba sendo um processo gerador do adoecimento, cuja severidade depende das forças de resistências físicas e/ou psicológicas do indivíduo ou dos grupos no trabalho.

Este estudo demonstrou efeito total da demanda emocional no trabalho e efeito total indireto do comprometimento excessivo, importantes estressores ocupacionais, com a ideação suicida. O comprometimento excessivo foi mediado pela insatisfação global, auxiliando na compreensão do fenômeno estudado. Tal dado apresenta um caminho a ser melhor explorado e

deve fomentar novas discussões acerca da formação de tecnologias de enfrentamento a serem utilizadas pela Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

A demanda emocional gerada no trabalho é um importante estressor ocupacional, bastante relacionado às psicopatologias como a Síndrome de Burnout e a depressão em trabalhadores e, por consequência, na ideação suicida^{37,38}. Os fatores determinantes para a alta demanda emocional incluem exigências de contatos no trabalho envolvendo pressão, diferenças de gênero, natureza do trabalho a ser desenvolvido, qualidade no apoio social no trabalho e demandas de produtividade^{37,38}. A violência emocional figura perniciosamente como potente determinante da demanda emocional no trabalho e é um forte fator associado ao comportamento suicida, de forma geral. Aliada a ausência de apoio social, na família e/ou no trabalho, a demanda emocional potencializa os efeitos de sentimentos de inadequação que podem produzir o comportamento suicida.

Outra dimensão dos estressores ocupacionais refere-se à necessidade de reciprocidade nas trocas nas relações profissionais. Seu desequilíbrio imprime sofrimento, ou seja, quando o esforço no trabalho é maior que recompensa recebida por ele, eclode o adoecimento. Neste contexto, Siegrist (*apud* ARAÚJO)⁷ indica ainda uma terceira dimensão, o comprometimento excessivo com o trabalho, intimamente relacionado ao esforço e que tem como objetivo alcançar a estima profissional e o reconhecimento, ou aprovação pelos chefes e pares. O comprometimento excessivo com o trabalho apresentou o maior efeito total com a ideação suicida, e efeito indireto específico, mediado pela insatisfação, neste estudo. Este achado está amplamente sustentado em publicações mundiais. O esforço, em alta escala, foi fator preditivo para a ideação suicida em trabalhadores fabris chineses¹². Em outra pesquisa chinesa, a pontuação média de esforço, associado ao excesso de comprometimento e pouca recompensa, foi relacionada à ideação suicida, em outros 2.216 trabalhadores⁸.

A compreensão do processo saúde/doença no trabalho requer aprofundamento sobre as diferenças de gênero e sua influência no adoecimento. Neste estudo, ser mulher apresentou efeito total, como também se associou indiretamente com a ideação suicida. Os efeitos indiretos entre as mulheres, foram mediados de três formas: (a) não praticar atividades de lazer, gerando maior insatisfação e ideação suicida; (b) mulheres com menor renda, gerando maior insatisfação e ideação suicida; e, (c) alta demanda emocional no trabalho e ideação suicida. Em pesquisa com mais de vinte mil trabalhadores(as) franceses, a diferença de gênero ganhou destaque, indicando o sexo feminino como mais vulnerável a ideação suicida⁵. Diferenças de gênero foram demonstradas em pesquisas na China, com mais de dois mil trabalhadores(as)¹⁵. Em outra

pesquisa, neste mesmo país, ao se associar o estresse familiar e no trabalho, ao fato de ser mulher, as chances de ideação suicida aumentaram em cinco vezes, demonstrando que a sobrecarga de trabalho no lar, para as mulheres, ainda é um fator importante e que merece maior atenção, quando somatizado às circunstâncias laborais formais¹⁶.

O alto estresse no trabalho, estava associado a conflitos e conflitos familiares, potencializando a ideação suicida em mulheres¹⁶. As atividades de lazer figuraram como importantes medidas protetivas para a ideação suicida, mais prevalente nas mulheres. Não praticar atividades de lazer estava associado a maior estresse ocupacional, maior insatisfação pessoal e ocorrência de ideação suicida. Na China, a diminuição na recreação foi associada à ideação suicida em trabalhadores(as) da indústria petrolífera⁶. Kuhn e Flanagan³⁷ indicam que as mulheres estão mais vulneráveis a experimentar a exaustão emocional no trabalho, apresentando sinais de despersonalização, cinismo e menor realização. É importante refletir as diferenças de gênero no trabalho formal flexionadas ao cotidiano feminino em uma sociedade que, ao mesmo tempo, condiciona a mulher à luta desigual por melhores condições de trabalho, acesso a renda e maior reconhecimento e, exige delas as funções impostas por uma sociedade machista e sexista, determinando a sobrecarga em funções domésticas, no cuidado familiar e com o lar. Essa condição reflete em menor tempo às atividades protetivas para o adoecimento mental, como a prática de atividades de lazer e de cuidado pessoal com a saúde e a autoestima.

Dentre os achados deste estudo, a menor renda associou-se à ideação suicida, mediado pela insatisfação global. Muitos estudos evidenciaram essa associação em países ricos e em desenvolvimento^{17,18}. Em pesquisa realizada em 59 países em desenvolvimento, com aproximadamente 230 mil pessoas, a região africana apresentou a maior prevalência de ideação suicida e planejamento de suicídio, sendo baixa e média renda fortemente associadas ao desfecho estudado¹⁹.

As perdas econômicas e dívidas são condições associadas ao suicídio, como evidenciado nos estudos de Pereira², Okuyama²⁰ e Neves³⁹. Policiais brasileiros falecidos por suicídio tinham, como característica altamente prevalente, o endividamento e/ou comprometimento com empréstimos financeiros². Em culturas tradicionais de trabalhadores rurais, o fracasso econômico e o não pagamento de suas dívidas pode determinar o autoextermínio⁴⁰. O mesmo motivo, com trabalhadores rurais, foi apontado em outro estudo, que adicionou problemas de ordem emocional e familiar, como gatilhos para o suicídio²⁰. Apesar deste estudo não avaliar este fenômeno, estratificado por tipos de trabalho, é importante salientar que tal problemática é socio e historicamente determinada para os trabalhadores do

campo brasileiros, como explica Neves³⁹ e reflete um modelo de exploração e expropriação, que repercute na compreensão do fenômeno em todas as esferas do trabalho.

Identificou-se também neste estudo que, trabalhadores com maior renda apresentaram associação com a ausência de atividade lazer, com maior insatisfação pessoal e com a ideação suicida, sugerindo a potência que a insatisfação exerce sobre o desfecho, bem como a possibilidade de que trabalhadores excessivamente comprometidos na busca por melhor renda, desconsidere o tempo para o lazer, implicando na insatisfação global, no sofrimento psíquico e na ideação suicida.

De todo modo, tais situações sugerem a necessidade de esforços para a compreensão desses estressores, enquanto fatores que, em conjunto, potencializam a intensidade da ideação suicida. O apoio social no trabalho, com demandas justas, com sistemas de prevenção à violência (principalmente em ambientes sexistas), são alguns dos fatores que despontaram neste estudo e que também identificadas em pesquisas internacionais^{12,41}. Ressalta-se, ainda, no Brasil, a redução das estruturas que protegem o(a) trabalhador(a), que cada vez mais têm seus vínculos fragilizados, salários reduzidos, pressões internas por qualidade e produtividade e, externa, pelo desemprego e desamparo social, tanto institucional, quanto do próprio Estado (sentidos no Brasil, via reformas trabalhista, previdenciária e pela proposta de reforma administrativa), apesar de não ser realidade exclusivamente brasileira. Na China, os índices de ideação suicida em trabalhadores(as) da indústria petrolífera aumentaram, coincidindo com a redução de recursos que eram destinados para a estrutura protetiva interna destes(as) trabalhadores(as)⁶. Na Coreia do Sul, após a privatização de uma Estatal, benefícios como seguro médico e pensões para aposentadoria foram cortados, bem como extintos setores de saúde ocupacional e de vigilância em saúde. Estes(as) trabalhadores apresentaram aumento significativo para a ideação e comportamento suicida. No Brasil, em uma coorte com 100 milhões de brasileiros de baixa renda, o acesso direto a políticas de distribuição de renda (o Bolsa Família), reduziu o risco para o suicídio⁴².

O modelo de produção da vida centrado em imposições reificadas na modernização das relações que perpetuam as formas de produzir mais valia, geram eventos que foram denominados de “Suicidamento”⁴³ e “mortes por desespero” (“Deaths of Despair”)⁴⁴. Estes termos caracterizam o suicídio contemporâneo, não como um processo tradicionalmente de natureza subjetiva e individual, mas sim como um produto de um modo de viver e (re)produzir a vida, em que o trabalhador é compelido a uma situação tal, que o autoextermínio se torna uma alternativa considerada e, em alguns casos, efetivamente executada^{39,43,44}.

Limitações do Estudo

A ideação suicida, pela natureza complexa e os estigmas que a sua assumpção materializa, pode subestimar sua frequência, indicando que, seu rastreio e registro necessitam de formas que consigam ser mais sensíveis ao problema. Nesta pesquisa, presume-se que, tal dificuldade, também tenha ocorrido, uma vez que tal desfecho foi estimado de forma direta. Além disso, o delineamento transversal não permite inferências causais, pela própria natureza do estudo, que não considera a temporalidade entre as variáveis. Mais estudos, com desenhos metodológicos que considerem tais critérios, além de instrumentos para o rastreio da ideação suicida que considerem a natureza complexa para a avaliação deste desfecho, são fundamentais para melhor dimensionar o fenômeno e dar a visibilidade que ele necessita.

CONCLUSÕES

Identificou-se que a alta demanda emocional no trabalho e a insatisfação global, construto latente que envolve a insatisfação com a capacidade para o trabalho, as relações sociais, a qualidade de vida, a própria saúde e a insatisfação consigo mesmo, repercutem diretamente na ideação suicida. O comprometimento excessivo no trabalho conforma, junto a demanda emocional, importantes estressores ocupacionais que explicam o desejo de se matar. Maiores níveis de insatisfação global apresentaram efeitos diretos significantes sobre a ideação suicida em trabalhadores e trabalhadoras. O modelo explicativo identificado, além dos estressores ocupacionais, também apresenta as diferenças de gênero, mediadas pela ausência de atividades de lazer, menor renda mensal e insatisfação global, amplamente sustentadas na literatura internacional, quando associadas a desfechos que representam sofrimento mental.

Menor renda mensal, maior nível de estresse ocupacional e não praticar atividades de lazer apresentaram efeitos indiretos significantes, evidenciando-se que a insatisfação global, que tem como componente os estressores ocupacionais, uma vez que se trata de população trabalhadora, é um importante mediador das relações entre os fatores determinantes da ideação suicida. Entender o suicídio no trabalho requer compreender que este fenômeno ocorre nos meios mais distintos de produção e não são exclusivamente atribuídas a uma ou outra condição. Têm-se uma conjuntura complexa e emergencial, no que tangem a (re)engenharia dos modos

de produção e o (re)posicionamento coletivo, estabelecidos em função e finalidade dos seus atores, na construção do trabalho.

Entender a ideação suicida em grupos de trabalhadores e trabalhadoras é uma tarefa que requer um nível elevado de esforços, uma vez que, pela natureza estigmatizadora cristalizada no (não) reconhecimento do problema pelo trabalhador, sua invisibilidade repercute, tanto nas estatísticas e nas políticas de enfrentamento, quanto nas ações transformadoras necessárias ao mundo do trabalho e que permanecem incipientes. Os sinais do comportamento suicida no trabalho urgem em ganhar mais espaço, no que tange o monitoramento e o planejamento interventivo nestes ambientes. Políticas que permitam o rastreio efetivo, que incidam sobre a organização do trabalho, de forma a transformá-lo, o adaptando às necessidades do(a) trabalhador(a), que valorizem suas valências e respeite suas particularidades, são condições mínimas, essenciais, para dirimir o contexto que gera sofrimento e que oferte proteção a este indivíduo.

Ainda assim, tais condições se enquadram em um panorama secundário de enfrentamento do problema, uma vez que, o processo de determinação social do suicídio, numa sociedade capitalista, nasce no trabalho e perpassa seus limites estruturais, permeando todos os campos da vida. Por ser um evento de acessibilidade complexa, transita na invisibilidade e segue atenuado nas pormenorizações naturalizadas na perspectiva do limite aceitável do problema, atribuída às suas baixas taxas e seu “baixo risco”, perpetuando essa dinâmica que “muda sua roupagem”, mas não muda seu resultado.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates. Global Health Estimates. 2021. Acesso em maio de 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.
2. Pereira GK, Madruga AB, Kawahala E. Suicídios em uma organização policial-militar do sul do Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2020; 28(4):500-509.
3. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). OMS alerta: Suicídio é a 3^a causa de morte de jovens brasileiros entre 15 e 29 anos. Acesso em agosto de 2021. SESAB, 2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/09/10/oms-alerta-suicidio-e-a-3a-causa-de-morte-de-jovens-brasileiros-entre-15-e-29-anos/>.
4. Dejours C, Bègue F. Suicídio e trabalho: o que fazer? Sobradinho (DF): Paralelo 15; 2010.
5. Niedhammer I, Bègue M, Chastang JF, Bertrais S. Psychosocial work exposures and suicide ideation: a study of multiple exposures using the French national working conditions survey. *BMC Public Health*. 2020; 20: 895.

6. Xiao J, Guan S, Ge H, Tao N, et. Al. The impact of changes in work stressors and coping resources on the risk of new-onset suicide ideation among Chinese petroleum industry workers. *Journal of Psychiatric Research*. 2017; 88: 1-8.
7. Araújo TMD, Mattos AIS, Almeida MMGD, Santos KOB. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016; 19: 645-657.
8. Gao QQ, Wang YX, Shi J, Liang XJ; Sun YY et. Al. The mediating role of psychological capital between occupational stress and suicidal ideation. *Chinese Journal of Preventive Medicine*. 2020; 54: 1207-1212.
9. Duprey EB, Handley ED, Manly JT, Cicchetti D et. Al. Child maltreatment, recent stressful life events, and suicide ideation: A test of the stress sensitivity hypothesis. *Child Abuse & Neglect*. 2021; 113: 104926.
10. El-Khoury F, Puget M, Leon C, du Roscoat E. et. Al. Increased risk of suicidal ideation among French women: the mediating effect of lifetime sexual victimisation. Results from the nationally representative 2017 Health Barometer survey. *Archives of Women's Mental Health*. 2020; 23: 635-641.
11. Martínez SL, Wasser AC. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2019; 9: 138-160.
12. Mo PKH, Cheng Y, Lau JTF. Work-related factors on mental health among migrant factory workers in china: Application of the Demand-Control and Effort-Reward Imbalance Model. *Health & Social Care in the Community*. 2020; 00: 1-12.
13. Kyung Y, Choi MH, Jeon YJ, Lee JS et. Al. Association of atopic dermatitis with suicide risk among 788,411 adolescents: A Korean cross-sectional study. *Annals of Allergy Asthma Immunology*. 2020; 125: 55-64.
14. Cheng X, Bu H, Duan W, He A et al. Measuring character strengths as possible protective factors against suicidal ideation in older Chinese adults: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2020; 20: 439.
15. Liu Y, Zhang J, Hennessy DA, Zhao S. Psychological strains, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical and non-medical staff in urban China. *Journal of affective disorders*. 2019; 245: 22-27.
16. Lin W, Wang H, Gong L, Lai G. Work stress, family stress, and suicide ideation: A cross-sectional survey among working women in Shenzhen, China. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 227: 747-754.
17. Morgan ER, DeCou CR, Hill HD, Mooney SJ. State earned income tax credits and suicidal behavior: A repeated cross-sectional study. *Preventive Medicine*. 2021; 145: 106403.
18. Lee H, Park HK, Rhee SJ, Kim J et. Al. An integrated model for the relationship between socio-cultural factors, Attitudes Toward Suicide, and intensity of suicidal ideation in Korean, Japanese, and American populations. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 280: 203-210.
19. Uddin R, Burton NW, Maple M, Khan SR, Khan A. Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2019; 3: 223-233.
20. Okuyama JHH, Galvão TF, Silva MT. Intoxicações e fatores associados ao óbito por agrotóxicos: estudo caso controle, Brasil, 2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2020; 23: E200024.

21. Levi-Belz Y, Zerach G. Moral injury, suicide ideation, and behavior among combat veterans: The mediating roles of entrapment and depression. *Psychiatry Research*. 2018; 269: 508-516.
22. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. The measurement of 'effort'-'reward' Imbalance at work: European comparisons. *Soc. Sci. Med.* 2004; 58: 1483–1499.
23. Chor D, Werneck GL, Faerstein E, Mello Alves MG, Rotemberg L. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress: Versão brasileira da escala effort-reward imbalance para avaliação de estresse no trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24: 219-224.
24. Silva L, Barreto SM. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala effort-reward imbalance: um estudo com trabalhadores de banco. *Adaptação brasileira da escala esforço-recompensa*. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2010; 27: 1.
25. Santos KO, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(1): 214-22.
26. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000; 5(1): 33-38.
27. Marôco J. Análise De Equações Estruturais-Fundamentos Teóricos. 2nd ed. Software e Aplicações. 2014.
28. Patil VH, Singh SN, Mishra S, Donavan DT. Efficient theory development and factor retention criteria: Abandon the 'eigenvalue greater than one' criterion. *Journal of Business Research*. 2008; 61(2): 162-170.
29. Hair JFJ, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise Multivariada De Dados, 6th ed.; Bookman: Porto Alegre, RS. 2009.
30. Reichenheim ME, Hökerberg YHM, Moraes CL. Assessing construct structural validity of epidemiological measurement tools: A seven-step roadmap. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30: 927–939.
31. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling; Guilford Press: New York, NY. 2015.
32. Brown TA. Methodology in the social sciences. In *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*, 2nd ed.; Guilford Press: New York, NY, USA. 2015.
33. Jöreskog KG, Sörbom D. LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language. Lincolnwood: Psychology Press; 1993. 224 p.
34. Dean-Boucher A, Robillard CL, Turner BJ. Chronic medical conditions and suicidal behaviors in a nationally representative sample of American adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020; 55: 329-337.
35. Ng KP, Richard-Devantoy S, Bertrand JA; Jiang L. Suicidal ideation is common in autosomal dominant Alzheimer's disease at-risk persons. *International journal of geriatric psychiatry*. 2020; 35: 60-68.
36. Ophinni Y, Siste K, Wiwie M et. Al. Suicidal ideation, psychopathology and associated factors among HIV-infected adults in Indonesia. *BMC Psychiatry*. 2020; 20: 255.
37. Kuhn, C.M., Flanagan, E.M. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. *Canadian Journal of Anesthesia*. 2017; 64: 158–168.
38. Simões EC, Cardoso MRA. Violência contra professores da rede pública e esgotamento profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022; 27: 1039-1048.
39. Neves MS. Determinação Social das Tentativas de Suicídio em Regiões Produtivas do Agronegócio em Mato Grosso – Brasil (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Mato Grosso. 2021 (355 páginas).

40. Meneghel SN, Moura R. Suicide, culture and work in a German-colonized municipality in the South of Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(67): 1135-46.
41. Choi B. Job strain, long work hours, and suicidal ideation in US workers: a longitudinal study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2018; 91: 865–875.
42. Alves FJO, Machado DB, Barreto ML. Effect of the Brazilian cash transfer programme on suicide rates: a longitudinal analysis of the Brazilian municipalities. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2019; 54(5): 599-606.
43. Berenchtein Netto N. A morte proibida do trabalhador – análise histórico-social das relações entre suicídio e trabalho no Brasil. In: Barreto M, Berenchtein Netto N, Pereira LB. Do assédio moral à morte de si: significados sociais do suicídio no trabalho. São Paulo: Matsunaga 2011; 123-161.
44. O'Brien R, Bair EF, Venkataramani AS. Death by Robots? Automation and Working-Age Mortality in the United States. *Demography*. 2022; 59(2): 607-628.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese apresentou como objetivo mais amplo descontar as questões que contextualizam o fenômeno do suicídio. Tanto sob uma perspectiva mais generalista, com foco nas condições que possibilitam a sua ocorrência na população geral, quanto examinando os aspectos do trabalho, suas características, organização e relações que ali se estabelecem e que condicionam ao sofrimento mental e ao contexto suicida. Este contexto é definido pelo evento fatal, as tentativas frustradas, os planos e a ideia de se matar, sendo este último o principal foco desta tese.

A ideação suicida é uma variável de difícil acesso, uma vez que o reconhecimento desta condição pelo indivíduo traz consigo uma série de estigmas e com elas, retaliações sociais, principalmente no trabalho. Tal fato acaba por manter ainda mais velado o fenômeno, tão urgente em ter o relevo que necessita. Portanto, conhecer o contexto do suicídio requer transpor o desfecho ‘ideação’ e partir para o evento concreto, este de difícil negação, uma vez que há o óbito. Partiu-se, então, inicialmente para a exploração do Sistema de Informação de Mortalidade e dele foram extraídas informações sobre a série histórica do evento e os dados sócio-ocupacionais do ano de 2020, no Brasil.

Características sócio-ocupacionais demonstram padrões estabelecidos na ocorrência dos casos encontrados, presentes na literatura e também evidenciadas no estudo empírico que fomentou esta tese, levando em consideração que a ideação suicida e o evento fatal têm os mesmos precursores, uma vez que são proximais e fazem parte do mesmo contexto. O risco do suicídio foi 3,7 vezes maior em homens. O paradoxo do gênero ganha espaço neste contexto: mulheres tem mais ideação, mas os homens são mais efetivos nas tentativas.

O risco na população indígena brasileira foi de 15,2 suicídios a cada 100 mil, revelando a urgência por estruturas de proteção social efetiva para os povos originários, que historicamente têm sido violentados de múltiplas formas e alocados sob a sombra de interesses econômicos que envolvem a exploração de suas terras, habitualmente assediadas pela indústria madeireira, pelo garimpo e pelo agronegócio. Este último apresenta destaque no cenário das mortes auto infligidas, porém trata-se do trabalhador(a) explorado(a) e não do empresário dos “royalties agrários transnacionais”. Os trabalhadores da agricultura tiveram suas características examinadas nesta pesquisa.

Os métodos suicidários refletiram que o fácil acesso a estes é determinante na sua escolha, uma vez que o uso de instrumentos, como a corda, para o enforcamento representa

76,6% dos casos. Vale o destaque para a discussão empreendida sobre os agrotóxicos que, tanto são um meio de autoextermínio, quanto são a causa para o suicídio, devido a sua exposição constante e seus efeitos deletérios associados à saúde física e mental. Este panorama merece especial atenção, uma vez que houve a liberação de milhares de novos tipos de agrotóxicos no Brasil nos últimos anos, sabidamente agressivos à saúde e proibidos em diversos outros países.

A partir da abordagem mais generalista, proveniente das informações extraídas do SIM, no Brasil, seguiu-se para o aprofundamento da compreensão do contexto do suicídio por sua primeira característica mais proximal, a ideia de se matar.

Foram observados os determinantes da ideação suicida através de uma ampla revisão da literatura internacional e um modelo que ordena por proximidade ao evento, foi estabelecido para que se procedesse as análises. Estes segundo e terceiro produtos apresentaram resultados pela proximidade do evento além de distinções entre as fases da vida, enquanto determinantes da ideação suicida.

Para os mais jovens, indivíduos de 15 aos 24 anos, a vivência de violência física e/ou emocional, traumas por eventos de violência na infância, a autopercepção de uma condição ruim de saúde, o consumo excessivo de álcool e a insatisfação com relações pessoais, consigo mesmo e com a qualidade de vida, além da presença das psicopatologias, foram importantes contribuintes para o sofrimento mental e a ideação suicida.

Para os indivíduos em fase mais produtiva da vida (25 a 59 anos), ser mulher, com baixa escolaridade, estar desempregado, ter experiências de violência, inclusive com traumas da infância, uma percepção negativa da própria saúde, juntamente com a sobrecarga doméstica e as mesmas insatisfações relatadas nos mais jovens, além da presença de psicopatologias, figuraram como prevalentes e significantes para a ideação suicida, neste grupo.

Nos indivíduos com 60 anos ou mais, a vivência de violência física e/ou emocional, a autopercepção negativa da própria saúde, a insatisfação em todos os níveis medidos, além de psicopatologias, também repercutiu na ideação suicida, nestas pessoas.

Diante desse complexo sistema que empreende sofrimento às pessoas, em suas diferentes fases da vida, se faz necessário a articulação de toda sociedade, desde o poder público e da iniciativa privada, ao núcleo familiar. O apoio social, manifestado em políticas públicas que envolvam identificação e acolhimento, bem como a escuta qualificada de profissionais, amigos e/ou familiares, ainda é a melhor estratégia para o enfrentamento do suicídio, que em 90% dos casos poderia ser evitado.

Pensar em (re)qualificação profissional, formação acadêmica que envolvam currículos sensíveis ao problema, com foco na identificação e acolhimento de indivíduos em sofrimento, bem como propostas que envolvam a coibição da violência emocional nos mais diversos ambientes, como o *bullying* e o *cyberbullying* nas escolas, e o assédio moral no trabalho, propiciará, certamente, a diminuição do sofrimento e do número de tentativas de suicídio.

É necessária a reflexão sobre políticas públicas, para além do que já existe no SUS e suas redes de assistência e atenção à saúde mental. A Rede de Atenção Psicossocial é, habitualmente, articulada para um enfrentamento tardio pois, por mais que tenha em seu bojo de princípios e diretrizes a promoção e prevenção, a natureza deste tipo de agravio é de difícil acesso nas fases iniciais que compreendem o sofrimento, fazendo que atue de forma menos preventiva e mais reativa à sua demanda. Portanto, pensar em novas atribuições da Atenção Básica, com busca ativa como mecanismo de identificação precoce e enfrentamento nas fases iniciais do problema, será uma tarefa árdua, mas necessária, e que demandará nas equipes, profissionais qualificados e sensíveis ao contexto do suicídio.

A articulação de estruturas para seu enfrentamento deve perpassar a esfera pública e precisa alocar-se, também, nos mais diversos ambientes de trabalho. Houve efeito direto e significante entre a insatisfação global e a ideação suicida em trabalhadores. A insatisfação global é um construto latente que envolve a insatisfação com a capacidade para o trabalho, as relações sociais, a qualidade de vida, a própria saúde e a insatisfação consigo mesmo. A demanda emocional no trabalho, também apresentou efeito direto e significante com a ideação suicida. O comprometimento excessivo com o trabalho apresentou efeito indireto para o desfecho e ambos, comprometimento excessivo e demanda emocional conformam os estressores ocupacionais que explicam o desejo de se matar.

O modelo explicativo identificado, além dos estressores ocupacionais e da insatisfação global, apresentou as seguintes variáveis com efeitos indiretos e totais com significância: gênero (ser mulher), renda mensal (menor renda) e atividades de lazer (ausência destas). Caminhos que transitam entre estas variáveis, os estressores ocupacionais e a insatisfação global, definem, significantemente, diferentes caminhos para a ideação suicida em trabalhadores e trabalhadoras.

É no trabalho que se articula a vida contemporânea. É através dele que as pessoas têm acesso ao básico para a dignidade humana, como também para o consumo daquilo que a sociedade capitalista impõe como essencial para a felicidade. Quando não alcançado, este consumo, ou sua ausência, cristalizam na base, a gênese dos múltiplos sofrimentos. Portanto,

reside no trabalho um importante lócus para a articulação de estruturas que minimizem às demandas que degradam emocionalmente os trabalhadores e trabalhadoras. É estritamente necessário a retomada de políticas que protejam o trabalhador, com a incorporação de estruturas que sensibilizem a todos, do patronado aos colegas de trabalho, sobre a importância desta temática, tão invisibilizada nestes ambientes.

Há de se perceber que, ainda que as propostas, aqui estabelecidas, busquem antecipar as fases mais agudas do sofrimento mental, estas novas abordagens ainda serão secundárias, uma vez que consideramos o ideal de felicidade pautado no “consumo, pelo consumo”, a gênese de todos os males sociais contemporâneos. Atingir esse ponto, que inicia os sofrimentos, nos parece inatingível, numa sociedade tão alicerçada neste (pseudo)valor. Ir de encontro a essa máxima, cristalizada cotidianamente, massivamente imposta aos nossos olhos pelos múltiplos meios existentes, talvez, coletivamente, seja tarefa intransponível, porém, individualmente, precisa ser um exercício diário. Desalienar a felicidade deste tipo de consumo é, talvez, o ato de resistência mais revolucionário contra as forças do capital, que precisam desse elo para manter seu sistema em funcionamento.

Não se trata aqui da promoção do Minimalismo enquanto estratégia de enfrentamento para os múltiplos sofrimentos que afligem a sociedade contemporânea, afinal o ‘não consumo’ não é resolutivo. Do ponto de vista individual, este consumo precisa ser responsável, priorizando o bem estar e as estruturas que promovam a dignidade humana; sob a perspectiva social/coletiva, o combate é contra as discrepantes desigualdades, que promovem miséria e afligem as sociedades. Essas duas perspectivas de enfrentamento, individual e coletiva, convergem no sentido do esgotamento daquilo que alimenta os sofrimentos.

Esta tese então, através de seus produtos, representa uma importante contribuição sobre os fatores associados ao contexto suicida. Estes resultados dão evidência ao mundo do trabalho com central para a compreensão do fenômeno, ao passo que demonstra as barreiras sólidas alicerçadas em sua organização, provenientes dos interesses do capital, para que o reconhecimento do evento fatal relacionado a ele permaneça alienada ao silêncio, ao medo e à culpa. Os esforços aqui empreendidos representam um passo a mais, num movimento de resistência da Reforma Sanitária Brasileira, em especial da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Tem como objetivo ideológico combater as injustiças sociais no trabalho, dar visibilidade ao evento e apresentar o indivíduo que pensa, planeja, tenta e comete o suicídio, enquanto vítima e não como algoz de si e único responsável por esta tragédia. O trabalhador não se suicidou, mas foi “suicidado” por uma estrutura que não lhe apresentou outra alternativa

que não o sofrimento, sendo a morte o seu alento. Para Sêneca, filósofo estoico, espanhol, a morte não é uma escolha quando a vida é servidão e sofrimento, mas sim a melhor decisão.

Há também de se compreender que, não é somente o indivíduo que se matou o único a sofrer, mas sim todo um coletivo de trabalhadores que sobreviveram, assim como seus amigos e familiares, ou seja, compreender este fenômeno caminha para o além-trabalho. É necessário, a partir daí, fomentar pesquisas menos incipientes sobre o suicídio relacionado ao trabalho. E esse esforço passa pelo interesse mútuo entre pesquisadores brasileiros, estrangeiros, agências de fomento, universidades públicas, pelo SUS e pela sociedade civil trabalhadora organizada, reforçando este movimento contra hegemônico. Este estudo demonstra como os mecanismos de proteção social têm falhado e escancara a vulnerabilidade dos trabalhadores(as) brasileiros(as) para o evento mais trágico proveniente do sofrimento no trabalho.

[...] era tanta a gente que tomava gosto em enforcar-se para sair daqueles trabalhos [...] os índios explorados, vendo-se morrer diariamente, começaram a fugir das minas e outros lugares de trabalho onde eram mortos por pura inanição e pelo contínuo e excessivo trabalho. [Enforcavam-se] às vezes famílias inteiras juntas, pais e filhos [...] como forma de escapar dos infinitos tormentos e desgraças que lhes sobrecaiam (Bartolomé de las Casas, 1527 *apud* Berenchtein Netto, 2011, p.132).

A concorrência é a expressão mais completa da guerra de todos contra todos [...] uma guerra pela vida [...] é o que existe de pior nas atuais condições de vida do proletário: constitui a arma mais eficiente da burguesia em sua luta contra ele [...] (Engels, 1845 *apud* Berenchtein Netto, 2011, p.146).

Quando a pobreza do proletário cresce a ponto de privá-lo dos meios necessários à sobrevivência, este desemboca na miséria e na fome [...] A miséria só permite ao operário escolher entre deixar-se morrer lentamente de fome, roubar ou suicidar-se [...] (Engels, 1845 *apud* Berenchtein Netto, 2011, p.147).

REFERÊNCIAS

Adewuya AO, Oladipo EO. Prevalence and associated factors for suicidal behaviours (ideation, planning, and attempt) among high school adolescents in Lagos, Nigeria. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2020; 29: 1503–1512.

Akhter S, Rutherford S, Akhter Kumkum F, Bromwich D et. Al. Work, gender roles, and health: neglected mental health issues among female workers in the ready-made garment industry in Bangladesh. *International Journal of Women's Health*. 2017; 9: 571-579.

Albert NM, Moser DK, Nutter B, Pozuelo L. Are PHQ-9 and PHQ-2 Depression Score Cutoffs the Best Cutoffs for Determining Significant Depression in Pts with HF and Mild-Moderate Symptoms? *Journal of Cardiac Failure*. 2009; 15: 384.

Aldáz M, Cristina E. "Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida." Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP. 2018: 203-219.

Alvarez-Cabrera P, Cerda-Nangarí M, Tordoya-Espinosa S, Arriagada-Huasca N. Depresión e ideación suicida en funcionarios de gendarmería pertenecientes a guardia armada del complejo penitenciario de acha y cip crc. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP.

Alves FJO, Machado DB, Barreto ML. Effect of the Brazilian cash transfer programme on suicide rates: a longitudinal analysis of the Brazilian municipalities. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2019; 54(5):599-606.

Angelakis I, Gillespie E, Panagioti M. Childhood maltreatment and adult suicidality: A comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2019; 49: 1057-1078.

Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Bueno S, Lima RS (org.). Fundação Ford, Ano 14, 2020.

Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8: 991-1003.

Araújo TM, Karasek R. Validity and reability of the job content questionnaire informal and informal jobs in Brazil. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*. 2008; 6, 52-59.

Araújo TM, Mattos AIS, Almeida MMGD, Santos KOB. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016; 19; 645-657.

Araújo TM, Palma TDF, Araújo NDC. Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22: 3235-3246.

Aravena JM, Gajardo J, Saguez R. Salud mental de hombres mayores en Chile: una realidad por priorizar. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2019; 42.

Arrivillaga C, Rey L, Extremera N. Adolescents' problematic internet and smartphone use is related to suicide ideation: Does emotional intelligence make a difference?. *Computers in Human Behavior*. 2020; 110: 106375.

Arslanoglou E, Banerjee S, Pantelide, J, Evans L et. Al. Negative Emotions and the Course of Depression During Psychotherapy in Suicidal Older Adults With Depression and Cognitive Impairment. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2019; 27: 1287-1295.

Aslan M, Hocaoglu C, Bahceci B. Description of suicide ideation among older adults and a psychological profile: a cross-sectional study in Turkey. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24: 1865-1874.

Azevedo Da Silva M, Younès N, Leroyer A, Plancke L, et. Al. Long-term occupational trajectories and suicide: a 22-year follow-up of the GAZEL cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2019; 45(2): 158-165.

Baiden P, LaBrenz CA, Asiedua-Baiden G, Muehlenkamp JJ. Examining the intersection of race/ethnicity and sexual orientation on suicidal ideation and suicide attempt among adolescents: Findings from the 2017 Youth Risk Behavior Survey. *Journal of Psychiatric Research*. 2020; 125: 13-20.

Baquero LCM, Pinzón MAV, Prada MPP, Prieto BLA. Association between symptoms of anorexia and bulimia nervosa and suicidal behavior in school children of Boyacá, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*. 2017; 20: 189-199.

Barzilay R, Calkins ME, Moore TM, Boyd RC et. Al. Neurocognitive functioning in community youth with suicidal ideation: gender and pubertal effects. *British journal of psychiatry*. 2019; 215: 552-558.

Bedolla-Barajas M, Pulido-Guillén NA, Vivar-Aburto B, Morales-Romero J et. Al. Is suicidal ideation associated with allergic asthma and allergic rhinitis?. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2018; 44: 31-35.

Benbenishty R, Astor RA, Roziner I. A School-Based Multilevel Study of Adolescent Suicide Ideation in California High Schools. *The Journal of Pediatrics*. 2018; 196: 251-257.

Benjamin W. *Magia e Técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

Berardelli I, Sarubbi S, Rogante E, Cifrodelli MR et. Al. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide ideation and suicide attempts in psychiatric patients in Italy. *Psychiatry Research*. 2021; Special Edition (jun): 114072.

Berenchtein Netto N. *A morte proibida do trabalhador – análise histórico-social das relações entre suicídio e trabalho no Brasil*. In: Barreto M, Berenchtein-Netto N, Pereira LB. *Do assédio moral à morte de si: significados sociais do suicídio no trabalho*. São Paulo: Matsunaga. 2011; p. 123-161.

Bloch-Elkouby S, Gorman B, Lloveras L, Wilkerson T et al. How do distal and proximal risk factors combine to predict suicidal ideation and behaviors? A prospective study of the narrative crisis model of suicide. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 277: 914-926.

Boduszek D, Debowsk A, Ochen EA, Fray C *et al.* Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury, suicidal ideation, and suicide attempt among children and adolescents: Findings from Uganda and Jamaica. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 283: 172-178.

Bortoletto, GE. *LGBTQIA+: identidade e alteridade na comunidade*. São Paulo: USP, 2019.

Branley-Bell D, O'Connor DB, Green JA, Ferguson E *et al.* Distinguishing suicide ideation from suicide attempts: Further test of the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. *Journal of Psychiatric Research*. 2019; 117: 100-107.

Brasil. Lei 13.819 - Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, de 26 de abril de 2019. Acesso em fevereiro de 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>.

Brasil. Painel de casos de doença pelo coronavírus (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em janeiro de 2023.

Bryan CJ, Rozek DC, Butner J, Rudd MD. Patterns of change in suicide ideation signal the recurrence of suicide attempts among high-risk psychiatric outpatients. *Behaviour Research and Therapy*. 2019; 120: 103392.

Breilh, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. Tradução: Luiz Roberto de Oliveira. São Paulo: Editora UNESP: Hucitec, 1991.

Breilh, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2013; 31: 13-27.

Brito MDLS, Silva Júnior FJG, Costa APC, Sales JCS. Comportamento suicida e estratégias de prevenção sob a ótica de professores. *Escola Anna Nery*. 2020; 24: e20200109.

Busby DR., Hatkevich C, McGuire TC *et al.* Evidence-Based Interventions for Youth Suicide Risk. *Current Psychiatry Reports*. 2020; 22: 5.

Campisi SC, Carducci B, Akseer N, Zasowski C *et al.* Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC Public Health*. 2020; 20: 1102.

Campos RC, Holden RR, Spínola J, Marques D *et al.* Exposure to Suicide in the Family: Suicidal Ideation and Unmet Interpersonal Needs in Young Adults Who Have Lost a Family Member by Suicide. *Journal of nervous and mental disease*. 2020; 208: 201-207.

Caridade S, Barros S. Violência nas relações íntimas juvenis e ideação e comportamentos suicidas. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2018; 19: 323-336.

Carro AC, Nunes RD. Ideação suicida como fator associado à síndrome de Burnout em estudantes de Medicina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2021; 70: 91-98.

Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador (CCVISAT). Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 2020. Disponível em: <http://www.ccvusat.ufba.br/bases-de-dados/>.

Chang Q, Wu D, Rong H, Wu Z et. Al., Suicide ideation, suicide attempts, their sociodemographic and clinical associates among the elderly Chinese patients with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2019a; 256: 611-617.

Chang Q, Xing J, Ho ATH, Yip PSF. Cyberbullying and suicide ideation among Hong Kong adolescents: The mitigating effects of life satisfaction with family, classmates and academic results. *Psychiatry Research*. 2019b; 274: 269-273.

Chen R, Zhu X, Wright L, Drescher J et. Al. Suicidal ideation and attempted suicide amongst Chinese transgender persons: National population study. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 245: 1126-1134.

Chen Y, He G, Chen B et al. The association between PM2.5 exposure and suicidal ideation: a prefectural panel study. *BMC Public Health*. 2020a; 20: 293.

Chen Y, Chen S, Arayasirikul S, Wilson E et. Al. A cross-sectional study of mental health, suicidal ideation and suicide attempt among transgender women in Jiangsu province, China. *Journal of Affective Disorders*. 2020b; 277: 869-874.

Cheng X, Bu H, Duan W, He A et al. Measuring character strengths as possible protective factors against suicidal ideation in older Chinese adults: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2020; 20: 439.

Choi B. Job strain, long work hours, and suicidal ideation in US workers: a longitudinal study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2018; 91: 865–875.

Choi B, Bae SM. Suicide ideation and suicide attempts of undergraduate students in South Korea: Based on the interpersonal psychological theory of suicide. *Children and Youth Services Review*. 2020; 117: 105282.

Chor D, et al. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress: Versão brasileira da escala effort-reward imbalance para avaliação de estresse no trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008; 24, 1: 219-224.

Chu J, Maruyama B, Batchelder H, Goldblum P, Bongar B, Wickham RE. Cultural pathways for suicidal ideation and behaviors. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2020; 26: 367–377.

Claumann GS, Pinto AA, Silva DAS, Pelegrini A. Prevalência de pensamentos e comportamentos suicidas e associação com a insatisfação corporal em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2018; 67: 3-9.

Commander SJ, Ellis D, Williamson H, Grabski D, Sallah AY, Derbew M, Fitzgerald TN. Predictors of Burnout and Depression in Surgeons Practicing in East, Central, and Southern Africa. *Journal of Surgical Research*. 2020; 255: 536-548.

Corrêa FHM, Rodrigues BB, Mendonça JC, Cruz LR. Pensamento suicida entre a população transgênero: um estudo epidemiológico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2020; 69: 13-22.

Coughlin CG, Jakubovski E, Bloch MH. Time Course and Predictors of Suicidal Ideation During Citalopram Treatment in the STAR*D Trial. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2017; 77: e1262-e1269.

Da Paz Filho GJ, *et al.* Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. Revista da Associação Médica Brasileira. 2001; 47: 65-69.

De Beurs DP, Ghoncheh R, Geraedts AS, Kerkhof AJ. Psychological Distress Because of Asking about Suicidal Thoughts: A Randomized Controlled Trial among Students. Archives of Suicide Research. 2017; 20: 153-159.

Dean-Boucher A, Robillard CL, Turner BJ. Chronic medical conditions and suicidal behaviors in a nationally representative sample of American adolescents. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2020; 55: 329-337.

Dejours C, Bègue F. Suicídio e trabalho: o que fazer? Sobradinho (DF): Paralelo 15; 2010.

Dejours, C. Addendum: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LACMAN, S.; SZNELWAR, L. (Org.). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, Rio de Janeiro: Fiocruz. 2011: 57-123.

Denis-Rodríguez E, Barradas AME, Delgadillo-Castillo R, Denis-Rodríguez PB, Melo-Santiesteban G. Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis. RIDE. Revista Iberoamericana de Educacion e investigacion en enfermeria. 2017; 8(15): 387-418.

Denneson LM, McDonald KL, Tompkins KJ, Meunier CC. Elucidating the chronic, complex nature of suicidal ideation: A national qualitative study of veterans with a recent suicide attempt. Journal of Affective Disorders Reports. 2020; 15: 100030.

Desai ND, Chavda P, Shah S. Prevalence and predictors of suicide ideation among undergraduate medical students from a medical college of Western India. Medical Journal Armed Forces India. 2021; 77: S107-S114.

DeVylder J, Waldman K, Hielscher E, Scott J et. Al. Psychotic experiences and suicidal behavior: testing the influence of psycho-socioenvironmental factors. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2020; 55: 1167-1177.

Duarte TA, Paulino S, Almeida C, Gomes HS. Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. Psychiatry Research. 2020; 287: 112553.

Duprey EB, Handley ED, Manly JT, Cicchetti D et. Al. Child maltreatment, recent stressful life events, and suicide ideation: A test of the stress sensitivity hypothesis. Child Abuse & Neglect. 2021; 113: 104926.

El-Khoury F, Puget M, Leon C, du Roscoat E. et. Al. Increased risk of suicidal ideation among French women: the mediating effect of lifetime sexual victimisation. Results from the nationally representative 2017 Health Barometer survey. Archives of Women's Mental Health. 2020; 23: 635-641.

Epstein S, Roberts E, Sedgwick R, Polling C *et al.* School absenteeism as a risk factor for self-harm and suicidal ideation in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. European Child & Adolescent Psychiatry. 2020; 29: 1175-1194.

- Faria M, Santos MR, Sargent P, Branco M. O papel do apoio social na ideação suicida: uma comparação entre empregados e desempregados, *Journal of Mental Health*, 29: 1, 52-59.
- Farias MD, Araújo TM. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2011; 36: 123, 2011.
- Ferreira GDS, Fajardo AP, Mello EDD. Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2019; 29: e290413.
- Falavagna A, *et al.* Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students. *Sleep Breath*. 2011; 15 (3): 351-5.
- Feira de Santana. Informe Epidemiológico Diário: Covid-19. Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana – BA. Acesso em agosto de 2021. Disponível em: <http://www.transparencia.feiradesantana.ba.gov.br/boletins/30072021102808000000.pdf>.
- Forero I, Siabato E, Salamanca Y. Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2017; 15: 431-442.
- Freitas AMC, Araújo TM, Pinho PDS, Sousa CC, Oliveira PCS, Souza FDO. Qualidade do sono e fatores associados entre docentes de educação superior. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2021: 46.
- Fuller-Thomson E, West KJ, Baiden P. The tide does turn: Predictors of remission from suicidal ideation and attempt among Canadians who previously attempted suicide. *Psychiatry Research*. 2019; 274: 313-321.
- Garbois, JA, Sodré, F., & Dalbello-Araujo, M. (2017). Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, 41, 63-76.
- Garrison-Desany HM, Lasater ME, Luitel NP *et al.* Suicidal ideation among Nepali widows: an exploratory study of risk factors and comorbid psychosocial problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020; 55: 1535–1545.
- Gao QQ, Wang YX, Shi J, Liang XJ; Sun YY et. Al. The mediating role of psychological capital between occupational stress and suicidal ideation. *Chinese Journal of Preventive Medicine*. 2020; 54: 1207-1212.
- Gaweda L, Pionke R, Krezolek M, Frydecka D. The interplay between childhood trauma, cognitive biases, psychotic-like experiences and depression and their additive impact on predicting lifetime suicidal behavior in young adults. *Psychological Medicine*. 2020; 50: 116-124.
- Gelabert E, Gutierrez-Zotes A, Navines R, Labad J *et al.* The role of personality dimensions, depressive symptoms and other psychosocial variables in predicting postpartum suicidal ideation: a cohort study. *Archives of Women's Mental Health*. 2020; 23: 585–593.
- Gentil L, Huỳnh C, Grenier G, Fleury MJ. Predictors of emergency department visits for suicidal ideation and suicide attempt. *Psychiatry Research*. 2020; 285: 112805.

- Gilmore AK, Ward-Ciesielski EF, Smalling A, Limowski AR. Managing post-sexual assault suicide risk. *Archives of Women's Mental Health*. 2020; 23: 673-679.
- Gonzales PJ, Franco Monroy DAo, Marín Vasco A, Restrepo Chacon S. Habilidades sociais e risco de suicídio em adolescentes de um Instituto de Educação da Cidade da Armênia (Quindío, Colômbia). *Revista Ciencias de la Salud*. 2019; 17: 19-33.
- Gonzalez VM, Halvorsen KAS. Mediational Role of Drinking to Cope in the Associations of Depression and Suicidal Ideation with Solitary Drinking in Adults Seeking Alcohol Treatment. *Substance Use & Misuse*. 2021; 56: 588-597.
- Gutierrez DMD, Minayo MCS, Sousa ABL, Grubits S. "Pessoas idosas tentam suicídio para chamar atenção?." *Saúde e Sociedade*. 2020; 29: e190659.
- Handley ED, Warmingham JM, Rogosch FA, Cicchetti D. Infancy onset maltreatment and the development of suicide ideation: An investigation of moderation by oxytocin-related gene polymorphisms. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 257: 421-427.
- Harms MB, Casement MD, Teoh JY, Ruiz S et. Al. Adolescent suicide attempts and ideation are linked to brain function during peer interactions. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2019; 289: 1-9.
- Hartog ID, Zomers ML, van Thiel GJMW, Leget C et. Al. Prevalence and characteristics of older adults with a persistent death wish without severe illness: a large cross-sectional survey. *BMC geriatrics (Online)*. 2020; 20: 342.
- Hatkevich C, Penner F, Sharp C. Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry Research*. 2019; 271: 230-238.
- Hatkevich C, Venta A, Sharp C. Theory of mind and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 256: 17-25.
- Hayes JA, Petrovich J, Janis RA, Yang Y, Castonguay LG, Locke BD. Suicídio entre universitários em psicoterapia: preditores individuais e classes latentes. *Journal of Counseling Psychology*. 2020; 67: 104-114.
- Heilborn, ML. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003: 197-208.
- Hill RM, Del Busto CT, Buitron V, Pettit JW. Depressive Symptoms and Perceived Burdensomeness Mediate the Association between Anxiety and Suicidal Ideation in Adolescents. *Archives of suicide research*. 2017; 22: 555-568.
- Hoffmire CA, Monteith LL, Forster JE, Bernhard PA. Gender Differences in Lifetime Prevalence and Onset Timing of Suicidal Ideation and Suicide Attempt Among Post-9/11 Veterans and Nonveterans. *Medical Care*. 2021; 59: S84-S91.
- Holdaway AS, Luebbe AM, Becker SP. Rumination in relation to suicide risk, ideation, and attempts: Exacerbation by poor sleep quality?. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 236: 6-13.

Holliday R, Forster JE, Schneider AL, Miller C, Monteith LL. Interpersonal Violence Throughout the Lifespan. *Medical Care*. 2021; 59: S77-S83.

Hom MA, Duffy ME, Rogers ML, Hanson JE et. Al. Examining the link between prior suicidality and subsequent suicidal ideation among high-risk US military service members. *Psychological medicine*.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e Estados. Feira de Santana. Acesso em agosto de 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama>.

Jeong SC, Kim JY, Choi MH, Lee JS et. Al. Identification of influencing factors for suicidal ideation and suicide attempts among adolescents: 11-year national data analysis for 788,411 participants. *Psychiatry Research*. 2020; 291: 113228.

Jing Z, Li J, Fu PP, Wang Y et al. Physical multimorbidity and lifetime suicidal ideation and plans among rural older adults: the mediating role of psychological distress. *BMC Psychiatry*. 2021; 21: 78.

Kainat S, Ijaz T. Relationship between anger, suicidal ideation and sleep disturbance in patients on haemodialysis treatment in Sheikhupura, Pakistan. *JPMA: Journal of the Pakistan Medical Association*. 2020; 70: 139-142.

Kantorski LP, Guedes AC, Ramos CI, Treichel CAS, Portela DL, Willrich JQ, Jardim VMR, Santos VB. Prevalência de ideação e tentativa de suicídio entre usuários de um centro de atenção Psicossocial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2021; 42: e20190505.

Kasen S, Chen H. Social context and change in suicide ideation in a community sample of youths. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2019; 55: 319-327.

Khansa W, Haddad C, Hallit R, Akel M et. Al. Interaction between anxiety and depression on suicidal ideation, quality of life, and work productivity impairment: Results from a representative sample of the Lebanese population. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2019; 56: 270-279.

Kindaya GG, Demoze CK. Lifetime prevalence and determinants of suicidal ideation and attempt among all patients living with hiv/aids in hiwot fana specialized hospital, Harar, Ethiopia, 2020. *HIV/AIDS - research and palliative care*. 2020; 12: 331-339.

Knipe D, Williams AJ, Hannam-Swain S, Upton S, et. Al. Psychiatric morbidity and suicidal behaviour in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*. 2019; 16(10): e1002905.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002; 64:258-266.

Kuhn, C.M., Flanagan, E.M. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. *Canadian Journal of Anesthesia*. 2017; 64: 158–168.

Kyung Y, Choi MH, Jeon YJ, Lee JS et. Al. Association of atopic dermatitis with suicide risk among 788,411 adolescents: A Korean cross-sectional study. *Annals of Allergy Asthma Immunology*. 2020; 125: 55-64.

Lange S, Cayetano C, Jiang H, Tausch A, Souza RO. Contextual factors associated with country-level suicide mortality in the Americas, 2000–2019: a cross-sectional ecological study. *The Lancet Regional Health–Americas*. 2023; 100450.

Laurell, AC. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983: 133-158.

Lee DJ, Bryan CJ, Rudd MD. Longitudinal suicide ideation trajectories in a clinical trial of brief CBT for U.S. military personnel recently discharged from psychiatric hospitalization. *Psychiatry Research*. 2020; 293: 113335.

Lee H, Park HK, Rhee SJ, Kim J et. Al. An integrated model for the relationship between socio-cultural factors, Attitudes Toward Suicide, and intensity of suicidal ideation in Korean, Japanese, and American populations. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 280: 203-210.

Levi-Belz Y, Aisenberg D. Interpersonal predictors of suicide ideation and complicated-grief trajectories among suicide bereaved individuals: A four-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 282: 1030-1035.

Levi-Belz Y, Zerach G. Moral injury, suicide ideation, and behavior among combat veterans: The mediating roles of entrapment and depression. *Psychiatry Research*. 2018; 269: 508-516.

Li J, Loerbroks A, Siegrist J. Effort–reward Imbalance at Work, Parental Support, and Suicidal Ideation in Adolescents: a Cross-sectional Study from Chinese Dual-earner Families. *Safety and Health at Work*. 2017; 8: 77-83.

Li LW, Gee GC, Dong XQ. Association of Self-Reported Discrimination and Suicide Ideation in Older Chinese Americans. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018; 26: 42-51.

Lin W, Wang H, Gong L, Lai G. Work stress, family stress, and suicide ideation: A cross-sectional survey among working women in Shenzhen, China. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 227: 747-754.

Littlewood DL, Kyle SD, Carter LA; Peters S. Short sleep duration and poor sleep quality predict next-day suicidal ideation: an ecological momentary assessment study. *Psychological medicine*. 2019; 49: 403-411.

Liu Y, Zhang J, Hennessy DA, Zhao S. Psychological strains, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical and non-medical staff in urban China. *Journal of affective disorders*. 2019; 245: 22-27.

Macías EFS, Mendoza IXF, Camargo YS. Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*. 2017; 15: 51-61.

Martínez SL, Wasser AC. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2019; 9: 138-160.

Marx, K. *O Capital - Livro I – crítica da economia política: O processo de produção do capital.* Tradução Rubens Enderle. São Paulo: Bomtempo, 2013.

Masur J, Monteiro M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. *J Biol Res.* 1983; 16: 215-8.

May AM, Lawson C, Bryan A, Bryan CJ. Nonsuicidal self-injury, suicide ideation and suicide attempts in the National Guard. *Comprehensive Psychiatry.* 2018; 86: 115-118.

Meerwijk EL, Weiss SJ. Tolerance for psychological pain and capability for suicide: Contributions to suicidal ideation and behavior. *Psychiatry Research.* 2019; 262: 203-208.

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem.* 2008; 17(4): 758-764.

Meneghel SN, Moura R. Suicide, culture and work in a German-colonized municipality in the South of Brazil. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(67): 1135-46.

Milner A, Morrell S, Lamontagne AD. Suicídos economicamente inativos, desempregados e empregados na Austrália por idade e sexo em um período de 10 anos: qual foi o impacto da recessão econômica de 2007? *Int J Epidemiologia.* 2014;43(5):1500-7.

Mo PKH, Cheng Y, Lau JTF. Work-related factors on mental health among migrant factory workers in China: Application of the Demand-Control and Effort-Reward Imbalance Model. *Health & Social Care in the Community.* 2020; 00: 1-12.

Montgomery AE, Dichter ME, Blosnich JR. Gender Differences in the Predictors of Suicide-related Morbidity Among Veterans Reporting Current Housing Instability. *Medical Care.* 2021; 59: S36-S41.

Morgan ER, DeCou CR, Hill HD, Mooney SJ. State earned income tax credits and suicidal behavior: A repeated cross-sectional study. *Preventive Medicine.* 2021; 145: 106403.

Mortier P, Vilagut G, Ferrer M, Serra C et. Al. Thirty-day suicidal thoughts and behaviors among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak. *Depression and Anxiety.* 2021; 38: 528-544.

Nadine AI, Murshid S. Suicide ideation, plan, and attempt among youth in Bangladesh: Incidence and risk factors. *Children and Youth Services Review.* 2020; 116: 105215.

Neves MS. Determinação Social das Tentativas de Suicídio em Regiões Produtivas do Agronegócio em Mato Grosso – Brasil (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Mato Grosso. 2021 (355 páginas).

Neves MS, Pignati WA, Pignatti MG, Corrêa MLM. Determinação social do processo saúde-adoecimento mental de trabalhadores rurais no Brasil. *ACENO - Revista de Antropologia do Centro-Oeste.* 2020; 7(14): 231-248.

Ng KP, Richard-Devantoy S, Bertrand JA; Jiang L. Suicidal ideation is common in autosomal dominant Alzheimer's disease at-risk persons. *International journal of geriatric psychiatry.* 2020; 35: 60-68.

Nguyen HTL, Nakamura K, Seino K, Vo VT. Relationships among cyberbullying, parental attitudes, self-harm and suicidal behavior among adolescents: results from a school-based survey in Vietnam. *BMC Public Health* 20, 476.

Niedhammer I, Bèque M, Chastang JF, Bertrais S. Psychosocial work exposures and suicide ideation: a study of multiple exposures using the French national working conditions survey. *BMC Public Health*. 2020; 20: 895.

Nomura K, Minamizono S, Maeda E, Kim R *et al.* Cross-sectional survey of depressive symptoms and suicide-related ideation at a Japanese national university during the COVID-19 stay-home order. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2021; 26: 30.

Nyundo A, Manu A, Regan M, Ismail A. Factors associated with depressive symptoms and suicidal ideation and behaviours amongst sub-Saharan African adolescents aged 10-19 years: cross-sectional study. *Tropical Medicine and International Health*. 2020; 25: 54-69.

O'Connor R, Kirtley, O. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2018; 373. 20170268. 10.1098/rstb.2017.0268.

Organização das Nações Unidas (ONU). Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde e Bem-Estar, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em julho de 2021.

Oginni OA, Robinson EJ, Jones A, Rahman Q, Rimes KA. Mediators of increased self-harm and suicidal ideation in sexual minority youth: a longitudinal study. *Psychological Medicine*. Cambridge University Press; 2019; 49: 2524-32.

Okuyama JHH, Galvão TF, Silva MT. Intoxicações e fatores associados ao óbito por agrotóxicos: estudo caso controle, Brasil, 2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2020; 23: E200024.

Oliveira AMN, Araújo TM. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2018; 16, 1: 243-262.

Ophinni Y, Siste K, Wiwie M *et al.* Suicidal ideation, psychopathology and associated factors among HIV-infected adults in Indonesia. *BMC Psychiatry*. 2020; 20: 255.

Ortiz SN, Smith A. A longitudinal examination of the relationship between eating disorder symptoms and suicidal ideation. *International journal of eating disorders*. 2020; 53: 69-78.

Owens SA, Eisenlohr-Moul T. Suicide Risk and the Menstrual Cycle: a Review of Candidate RDoC Mechanisms. *Curr Psychiatry Rep*. 2018; 20: 106.

Owusu JT, Doty SB, Adjaye-Gbewonyo D, Bass JK *et al.* Association of sleep characteristics with suicidal ideation and suicide attempt among adults aged 50 and older with depressive symptoms in low- and middle-income countries. *Sleep Health*. 2020; 6: 92-99.

Palácios M, Jardim S, Ramos A, Silva Filho JF. Validação do Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20) numa população de trabalhadores de um banco estatal no Rio de Janeiro, Brasil. In: Silva Filho JF, Jardim S, organizadores. *A danação do trabalho - organização do trabalho e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Te Cora; 1998: 225-41.

Palma TFP, Ribeiro SMA, Santos VMT. A autoimagem, os transtornos mentais comuns e a depressão em estudantes de graduação. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*. 2020; 10: 108-115.

Parra LA, van Bergen DD, Dumon E, Kretshmer T *et al.* Family Belongingness Attenuates Entrapment and Buffers Its Association with Suicidal Ideation in a Sample of Dutch Sexual Minority Emerging Adults. *Archives of Sexual Behavior*. 2021; 50: 983–1001.

Park SM. Effects of work conditions on suicidal ideation among middle-aged adults in South Korea. *Int J Soc Psychiatry*. 2019; 65(2): 144-150.

Park Y, Kim HS. The interaction between personality and interpersonal needs in predicting suicide ideation. *Psychiatry Research*. 2019; 272: 290-295.

Patel V, Gonsalves PP. Suicide prevention: Putting the person at the center. *PLoS Medicine*. 2019; 16: e1002938.

Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners. Instruction Manual. Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 Measures. Disponível em: <https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10016261/f/201412/instructions.pdf>. Acesso em: fevereiro de 2022.

Peng W, Li D, Li X, Jia J, Wang Y, Xiao J. Peer victimization and adolescents' suicidal ideation and suicide attempts: A moderated mediation model. *Children and Youth Services Review*. 2020; 112: 104888.

Pereira AAG, Cardoso FMS. Searching for Psychological Predictors of Suicidal Ideation in University Students. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2017; 33: 1-8.

Pereira AS, Willhelm AR, Koller SH, Almeida RMM. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23: 3767-3777.

Pereira GK, Madruga AB, Kawahala E. Suicídios em uma organização policial-militar do sul do Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2020; 28(4):500-509.

Petrie K, Crawford J, LaMontagne AD, Milner A, Dean J, Veness BG, Christensen H, Harvey SB. Working hours, common mental disorder and suicidal ideation among junior doctors in Australia: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2020; 10: e033525.

Pimentel FO, Della Méa CP, Dapieve Patias N. (2020). Victims of bullying, symptoms of depression, anxiety and stress, and suicidal ideation in teenagers. *Acta Colombiana de Psicología*. 2020; 23: 230-240.

Pinto KA. Gênero e conflito entre trabalho e família: relação com a saúde física e mental de adultos no Brasil. 2013. Acesso em fevereiro de 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Karina-Pinto/publication/263278825_Genero_e_conflito_entre_trabalho_e_familia_relacao_com_a_saude_fisica_e_mental_de_adultos_no_Brasil/links/5955922caca272fbb379d001/Genero-e-conflito-entre-trabalho-e-familia-relacao-com-a-saude-fisica-e-mental-de-adultos-no-Brasil.pdf

Pontes NMH, Ayres CG, Pontes MCF. Trends in Depressive Symptoms and Suicidality, *Nursing Research*: 5/6 2020 - Volume 69 - Issue 3 - p 176-185.

Poulsen R, Hoff A, Fisker J, Hjorthøj C. Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of depression and anxiety (the Danish IBBIS trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017; 18: 578.

Ranuzi C, Santos TG, Araujo ACM, Rodrigues LR. Pensamento suicida, depressão e religiosidade em uma população privada de liberdade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2020; 28: e3368.

Ratinaud P. IRAMUTEQ: Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires (computer software). 2009. Available from: <http://www.iramuteq.org>

Resko SM, Kruman Mountain S, Browne S, Kondrat DC et. Al. Suicidal Ideation and Suicide Attempts among Women Seeking Treatment for Substance Use and Trauma Symptoms. *Health & social work*. 2018; 43: 76-83.

Rocha GP, Araújo Filho GM, Ávila LA. Atitudes de médicos e estudantes de medicina com pacientes com ideação suicida. *Revista Bioética*. 2020; 28: 344-355.

Rogers ML, Gallye AJ, Joiner TE. The relationship between suicide-specific rumination and suicidal intent above and beyond suicidal ideation and other suicide risk factors: A multilevel modeling approach. *Journal of Psychiatric Research*. 2021; 137: 506-513.

Rogers ML, Ringer FB, Joiner TE. The association between suicidal ideation and lifetime suicide attempts is strongest at low levels of depression. *Psychiatry Research*. 2018; 270: 324-328.

Sagiv E, Gvion Y. A multi factorial model of self-harm behaviors in nervous-anorexia and nervous-bulimia. *Comprehensive Psychiatry*. 2021; 96: 152142.

Sahimi HMS, Mohd Daud TI, Chan LF, Shah AS et. Al. Depression and Suicidal Ideation in a Sample of Malaysian Healthcare Workers: A Preliminary Study During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry*. 2021; 12: 658174.

Sakamoto JL, Shibanuma A, Jimba M. Depressed mood, suicidal behaviors, and health risk behaviors among youths in the Commonwealth of the Northern Mariana Islands: the 2017 CNMI Youth Risk Behavior Survey. *BMC Public Health*. 2020; 20: 489.

Santos HGB, Marcon SR, Espinosa MM, Baptista MN et. Al. Factors associated with suicidal ideation among university students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017; 25: e2878.

Santos KOB, Araújo TM, de Sousa Pinho P, Silva ACC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2010; 34 (3): 544-544.

Sapara A, Shalaby R, Osiogo F, Hrabok M et. Al. COVID-19 pandemic: demographic and clinical correlates of passive death wish and thoughts of self-harm among Canadians. *Journal of Mental Health*. 2021; 30: 170-178.

Sarabi N. Hopelessness and suicide ideation in ostomy patients: a mixed method study. *Journal of Coloproctology*. 2020; 40: 214-219.

Sartori SD, Souza EMD. Entre sofrimento e prazer: vivências no trabalho de intervenção em crises suicidas. *REAd. Revista Eletrônica de Administração*. 2018; 24: 106-134.

Schäfer JL, Teixeira VA, Fontoura LP, Castro LC. Exposure to physical and sexual violence and suicidal ideation among schoolchildren. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2017; 66: 96-103.

Schmutte T, Olfson M, Xie M, Marcus SC. Self-Harm, Suicidal Ideation, and Attempted Suicide in Older Adults: A National Study of Emergency Department Visits and Follow-Up Care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020; 28: 646-658.

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). OMS alerta: Suicídio é a 3ª causa de morte de jovens brasileiros entre 15 e 29 anos. Acesso em agosto de 2021. SESAB, 2020a. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/09/10/oms-alerta-suicidio-e-a-3a-causa-de-morte-de-jovens-brasileiros-entre-15-e-29-anos/>.

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Boletim setembro amarelo – 2020: Todos em Defesa da Vida. Acesso em agosto de 2021. SESAB, 2020b. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/boletim_setembroAmarelo_2020.pdf.

Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Taxa de suicídio entre idosos cresce e prevenção é o melhor caminho. 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/taxa-de-suicidio-entre-idosos-cresce-e-o-melhor-caminho>. Acesso em agosto de 2021.

Seff I, Stark L. A sex-disaggregated analysis of how emotional violence relates to suicide ideation in low- and middle-income countries. *Child Abuse & Neglect*. 2019; 93: 222-227.

Sellers CM, Iriarte ADV, Battalen AW, O'Brien KHM. Alcohol and marijuana use as daily predictors of suicide ideation and attempts among adolescents prior to psychiatric hospitalization. *Psychiatry Research*. 2019; 273: 672-677.

Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2020; 113(10): 707-712.

Siegrist J. Effort-reward imbalance at work: theory, measurement and evidence. Düsseldorf: University Dusseldorf, Department of Medical Sociology. 2012; 20 p.

Silva Junior CA. Epidemiologia dos subtipos de depressão: análise de classes latentes dos sintomas depressivos em uma amostra populacional da região Metropolitana de São Paulo. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

Silva Júnior FJG, Monteiro CFS, Veloso LUP, Silva Sales JC et. Al. Ideação suicida e consumo de drogas ilícitas por mulheres. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2018; 31: 321-326.

Silva DC, Ávila AC, Yates MB, Cazassa MJ et. Al. Sintomas psiquiátricos e características sociodemográficas associados à tentativa de suicídio de usuários de cocaína e crack em tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2017; 66: 89-95.

Silva LS, Lemes AG, Nascimento VF, Volpato RJ. Fatores de risco e ideação suicida entre estudantes de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2020; 24: 08-16.

Silva RM, Souza GS, Vieira LSES, Caldas JMP et. Al. Suicidal ideation and attempt of older women in Northeastern Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; 71: 807-815.

Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Óbitos por Residência por Ano do Óbito segundo Município-BA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Acesso em agosto de 2021. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/obito.def>.

Sousa CMS, Mascarenhas MDM, Gomes KRO, Rodrigues MTP et. Al. Suicidal ideation and associated factors among high school adolescents. *Revista de Saúde Pública*. 2020a; 54:33.

Sousa KA, Ferreira MGS, Galvão EFC. Assistência multidisciplinar à saúde nos casos de ideação suicida infantojuvenil: limites operacionais e organizacionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020b; 73(Suppl 1): e20190459.

Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1): 102-106.

Sun R, Ren Y, Li X, Jiang Y et. Al. Self-compassion and family cohesion moderate the association between suicide ideation and suicide attempts in Chinese adolescents. *Journal of Adolescence*. 2020; 79: 103-111.

Tauli CB, Grippe TC, Dias RM, Dias-Carneiro RPC et. Al. Ideação suicida, ansiedade e depressão em pacientes com esclerose múltipla. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2018; 76: 296-301.

Teismann T, Forkmann T, Brailovskaia J, Siegmann P et. al. Positive mental health moderates the association between depression and suicide ideation: A longitudinal study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018; 18: 1-7.

Uddin R, Burton NW, Maple M, Khan SR, Khan A. Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2019; 3: 223-233.

Vasconcellos IRR, *et al.* Adaptação transcultural para o Português brasileiro e confiabilidade da escala esforço-recompensa no trabalho doméstico. *Rev Saúde Pública*. 2016; 50: 34. DOI:

Vasconcellos IRR. Adaptação transcultural para o Português brasileiro da escala de desequilíbrio esforço recompensa no trabalho doméstico e familiar entre trabalhadoras de enfermagem. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) - Curso de Epidemiologia em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2018.

Wang SB, Mancuso CJ, Jo J, *et al.* Restrictive eating, but not binge eating or purging, predicts suicidal ideation in adolescents and young adults with low-weight eating disorders. *International journal of eating disorders*. 2020; 53:472–477.

Wei S, Li H, Hou J, Chen W et. Al. Comparing characteristics of suicide attempters with suicidal ideation and those without suicidal ideation treated in the emergency departments of general hospitals in China. *Psychiatry Research*. 2018; 262: 78-83.

Wetherall K, Cleare S, Eschle S, Ferguson E et. Al. From ideation to action: differentiating between those who think about suicide and those who attempt suicide in a national study of young adults. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 241: 475-483.

World Health Organization (WHO). Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates. Global Health Estimates. 2021. Acesso em maio de 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.

Vasconcellos IRR. Adaptação transcultural para o Português brasileiro da escala de desequilíbrio esforço recompensa no trabalho doméstico e familiar entre trabalhadoras de enfermagem. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) - Curso de Epidemiologia em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2018.

Veloso LUP, Lima CLS, Silva Sales JC, Monteiro CFS et. Al. Ideação suicida em universitários da área da saúde: prevalência e fatores associados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2019; 40:e20180144.

Xiao Y, Chen Y, Meng Q, Tian X et. Al. Suicide ideation and suicide plan in Chinese left-behind children: Prevalence and associated factors. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 257: 662-668.

Xiao J, Guan S, Ge H, Tao N, et. Al. The impact of changes in work stressors and coping resources on the risk of new-onset suicide ideation among Chinese petroleum industry workers. *Journal of Psychiatric Research*. 2017; 88: 1-8.

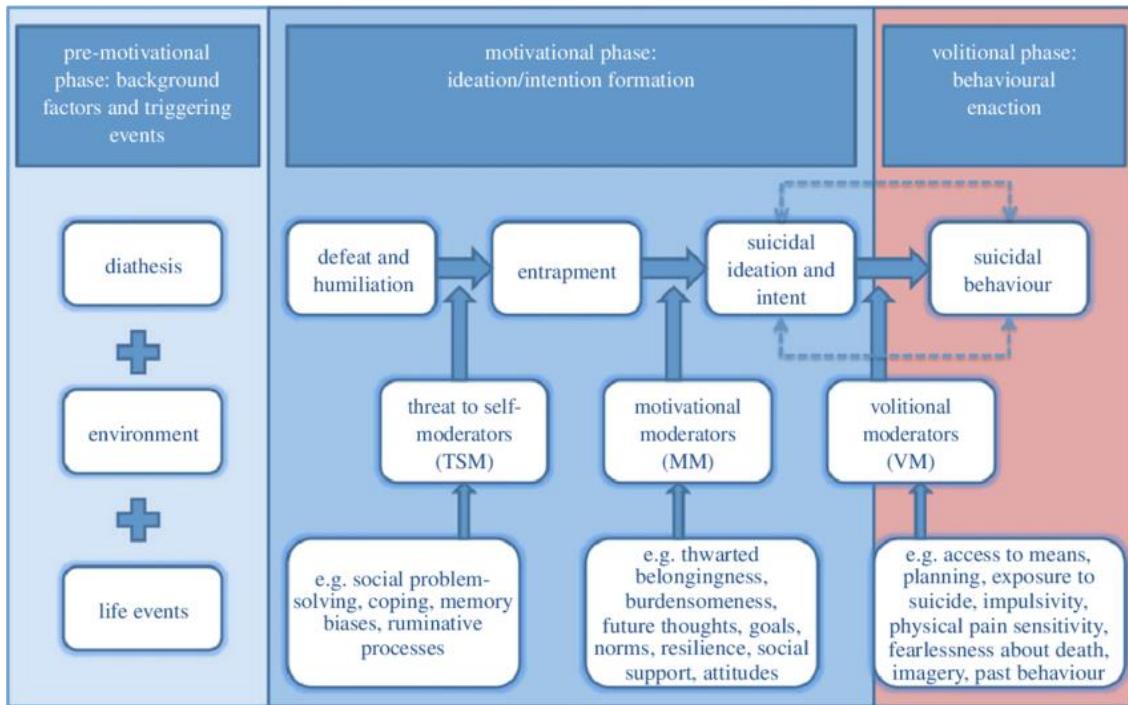
Zakhour M, Haddad C, Sacre H, Hala F et al. Suicidal ideation among Lebanese adults: scale validation and correlates. *BMC Psychiatry*. 2021; 21: 100.

Zewdu LB, Reta MM, Yigzaw N, Tamirat, KS. Prevalence of suicidal ideation and associated factors among HIV positive perinatal women on follow-up at Gondar town health institutions, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21: 42.

Zhang X, Sun J, Wang J, Chen Q et. Al. Suicide ideation among pregnant women: The role of different experiences of childhood abuse. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 266: 182-186.

Zwald ML, Holland KM, Annor FB, Kite-Powell A et al. Syndromic Surveillance of Suicidal Ideation and Self-Directed Violence — United States, January 2017–December 2018. *MMWR and Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020; 69: 103–108.

ANEXO A - MODELO MOTIVACIONAL-VOLITIVO INTEGRADO (IVM)

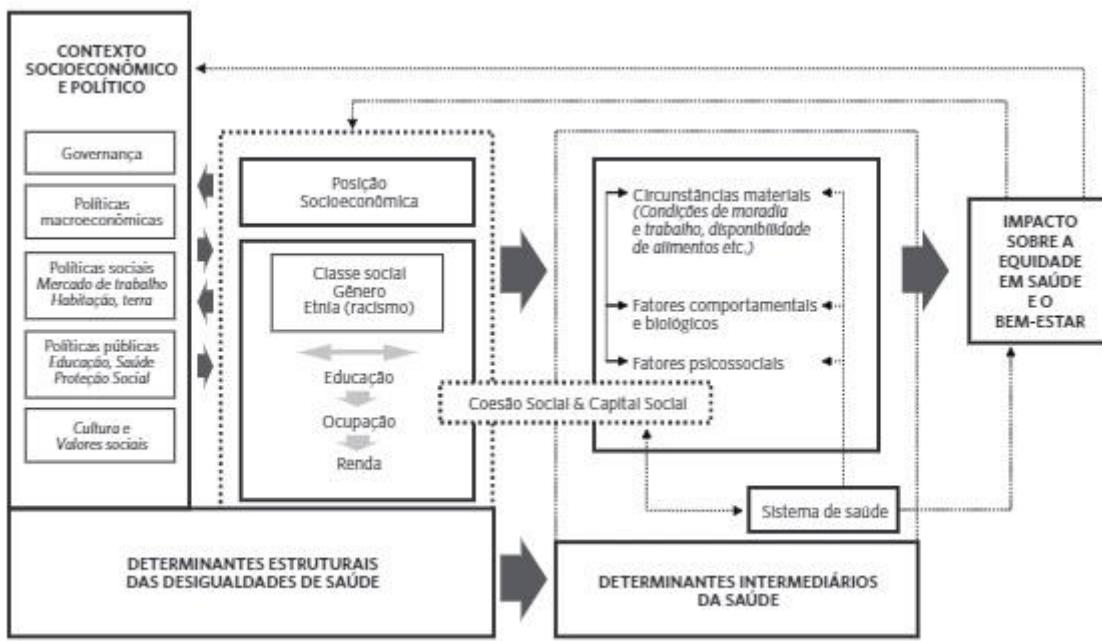


Fonte: O'Connor; Kirtley (2018)

ANEXO B – DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, DE DAHLGREN E WHITEHEAD



ANEXO C – DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, DE SOLAR E IRWIN



Fonte: Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo (2017)

ANEXO D – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO PROJETO “VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO: UMA COORTE DA POPULAÇÃO DE FEIRA DE SANTANA-BA”

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE - NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

PROJETO: Vigilância em Saúde Mental: Uma coorte da População de Feira de Santana, Bahia, Brasil

Subdistrito: _____ Setor Censitário: _____ Data: / /

Hora de Início: _____ N° de ordem do domicílio _____ N° do morador _____

Bloco I - Informações sociodemográficas

1. Sexo Masculino Feminino 2. Idade _____ Anos
3. Situação conjugal: Casado(a) União estável Solteiro(a) divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) Viúvo(a)
4. Tem Filhos? Não Sim | 4.1 Se sim, quantos? _____ Filhos
5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série /grau que concluiu?
- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="radio"/> Nunca foi à escola | <input type="radio"/> Ensino Fundamental | <input type="radio"/> Ensino Médio. | <input type="radio"/> Ensino Superior |
| <input type="radio"/> 1 ^a a 4 ^a série. | <input type="radio"/> 3 ^a Técnico. | <input type="radio"/> 5 ^a completo | <input type="radio"/> 6 ^a incompleto |
| <input type="radio"/> 5 ^a a 8 ^a série. | Qual curso? _____ | Qual curso? _____ | Qual curso? _____ |
6. Como você classificaria a cor da sua pele? branca amarela/oriental parda origem indígena preta não sabe
7. Cor de pele (entrevistador(a))? branca amarela/oriental parda origem indígena preta
8. Quanto você ganha, em média, por mês? R\$ _____, _____, _____ não se aplica

Bloco II - Trabalho Profissional

1. Por favor, informe sobre os empregos/trabalhos no último ano:

Emprego/Atividade:	Setor*	Carteira assinada?		Sofreu algum acidente de trabalho?		Contribui com INSS?	
		<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
01		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Não trabalha

*Código SETOR: 1.Serviços domésticos; 2.Construção civil; 3.Indústria manufatureira; 4.Comércio; 5.Transportes; 6.Escola; 7.Outros serviços (especificar)

2. Está trabalhando atualmente? sim não (Se não, siga para a Questão 14)

3. Há quanto tempo trabalha nesta atividade atual? _____ anos _____ meses _____ dias não se aplica

4. Se você não tem carteira assinada qual o tipo de contrato do seu trabalho? Oral Escrito Servidor(a) PÚBLICO
 autônomo não se aplica

5. Se Escrito:

- Contrato temporário (REDA, outros)
- Contrato por Cooperativa
- Prestações de Serviço
- Cargo comissionado
- Diarista

não se aplica

6. Em seu trabalho, você tem direito a:

<input type="radio"/> Férias?	<input type="radio"/> 13º Salário?	<input type="radio"/> Folga?	<input type="radio"/> 1/3 Adicional de Férias?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

não se aplica

7. Seu turno de trabalho é: 1 Diurno fixo 2 Noturno fixo 3 Diurno e noturno (escala alternante)
 4 Revezamento de turnos (alternantes) 5 Outros _____ 8 não se aplica

8. Quantos dias você trabalha por semana? _____ dia(s) 888 não se aplica

9. Qual sua carga horária semanal? _____ Hora(s) 888 não se aplica

10. Em que lugar você trabalha?
 1 empresa 2 repartição pública 3 na rua 4 em sua própria casa 5 na casa de outra pessoa 6 Outro: _____ 8 não se aplica

11. Qual a sua ocupação?
 1 Biscateiro(a) 2 Autônomo(a) 3 Assalariado(a) com comissão 4 Assalariado(a) sem comissão
 5 Empregado(a) doméstico(a) 6 Funcionário(a) público(a) 7 Profissional liberal 10 Empregador(a)/empresário(a)
 11 Cooperativado(a) 12 Outro (especifique): _____

12. Além desta ocupação, você tem outra atividade regular que lhe dê rendimentos? 0 sim 1 não 888 não se aplica

13. Qual atividade? _____ Não se aplica

14. Se não está trabalhando, você está:
 1 Desempregado(a) 2 Afastado(a) por motivo de doença 3 Afastado(a) por motivo particular 4 Aposentado(a)
 5 Vivendo de rendas 6 Estudando 7 Dona-de-casa 10 Outro: _____ Não se aplica

15. Se está **DESEMPREGADO**, quanto tempo está desempregado? 1-6 meses 2 7-12 meses 3 mais de 12 meses 8 não se aplica

16. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda? _____ horas 8 não se aplica

Bloco III - Aspectos Psicossociais do Trabalho (Ocupação Principal)

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Entrevistador (a): Use o Cartão 1.
Job Content Questionnaire (JCQ) - Questionário do Conteúdo do Trabalho

	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo fortemente
1-Meu trabalho me possibilita aprender coisas novas.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2-Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3-Meu trabalho requer que eu seja criativo.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4-Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5-Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6-No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7-O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8-Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9-Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10-Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11-Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12-Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
13-O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14-Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

- 1-Meu trabalho me possibilita aprender coisas novas.
 8 Não se aplica
- 2-Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.
 1
- 3-Meu trabalho requer que eu seja criativo.
 1
- 4-Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.
 1
- 5-Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.
 1
- 6-No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.
 1
- 7-O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.
 1
- 8-Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta.
 1
- 9-Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.
 1
- 10-Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro
 1
- 11-Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.
 1
- 12-Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.
 1
- 13-O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.
 1
- 14-Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.
 1

	1	2	3	4
	Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente
15 -Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.	1	2	3	4
16 -Meu trabalho me exige muito emocionalmente.	1	2	3	4
17 -Meu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas.	1	2	3	4
18 -Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.	1	2	3	4
19 -Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua	1	2	3	4
20 -Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições incômodas	1	2	3	4
21 -Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha minha cabeça e braços, por longos períodos, em posições incômodas	1	2	3	4
22 -Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho.	8 não tenho supervisor	1	2	3
23 -Meu supervisor me trata com respeito.	8 não tenho supervisor	1	2	3
24 -Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho.	8 não tenho supervisor	1	2	3
25 -As pessoas com quem trabalho são amigáveis.	1	2	3	4
26 -As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.	1	2	3	4
27 -Onde eu trabalho, nós tentamos dividir igualmente as dificuldades do trabalho.	1	2	3	4
28 -Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.	1	2	3	4
29 -Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente	1	2	3	4

ERI

	1	2	3	4
	Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente
Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho.	8 não se aplica			
1 .Constantemente, eu me sinto pressionado(a) pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.	1	2	3	4
2 .Frequentemente eu sou interrompido(a) e incomodado(a) no trabalho.	1	2	3	4
3 .Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho	1	2	3	4
4 .Frequentemente, eu sou pressionado(a) a trabalhar depois da hora	1	2	3	4
5 .Meu trabalho exige muito esforço físico	1	2	3	4
6 .Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.	1	2	3	4
7 .Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes	8 não tenho supervisor	1	2	3

	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo fortemente
8. Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9. No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10. No trabalho, eu sou tratado injustamente	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
13. Tenho pouca estabilidade no emprego	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14. A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
15. No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
16. Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
17. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
18. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado(a) pela pressão do tempo.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
19. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas de trabalho.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
20. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e "me desligar" facilmente do meu trabalho.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
21. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
22. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
23. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Satisfação

Por favor, informe o seu nível de satisfação em relação a:

Entrevistador (a): Use o Cartão 2.

A 1^ª, 2^ª e 5^ª questão deverão ser respondidas por quem trabalha e as demais deverão ser respondidas por todos(as).

1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem insatisfeito, nem satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

1. Você está satisfeito(a) com o seu trabalho? 8 Não se aplica

2. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho? 8 Não se aplica

3. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?

4. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

5. Você se candidaria a seu emprego novamente? 1 sim, sem hesitação 2 sim, depois de refletir sobre isso 3 definitivamente não 8 Não se aplica

6. Como você avaliaria sua qualidade de vida? 1 muito ruim 2 ruim 3 nem ruim, nem boa 4 boa 5 muito boa

Bloco IV - Atividades Domésticas

Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa? pessoas

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa. Qual o seu o grau de responsabilidade pela realização dessas tarefas?

Entrevistador (a): Use o Cartão 3.

	1 Não faz	2 Sim, faz a menor parte	3 Sim, divide igualmente	4 Sim, faz a maior parte	5 Sim, faz inteiramente
1. Cuidar da limpeza da casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Cozinhar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Lavar roupa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Passar roupa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Cuidar das crianças até 5 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Fazer feira/compra de supermercado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Levar filho(a) ao médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Levar filho(a) à escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pequenos consertos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Cuidar de idosos ou de alguém doente ou com necessidades especiais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Se recebe ajuda, de quem você recebe ajuda nos trabalhos domésticos? (Multipla-ecolha)

1 Ninguém 2 Empregado(a) 3 Marido/ Companheiro 4 Esposa/Companheira 5 Outra mulher (mãe/irmã/filha/vizinha)
6 Outro homem(pai/irmão/filho/vizinho) 7 Outra mulher/outro homem 8 não faz atividade doméstica

12. Quantas horas você dedica por semana às atividades domésticas? horas semanais

Escala Desequilíbrio Esforço-Recompensa (ERI) Doméstico

Agora gostaríamos de saber um pouco mais a respeito do seu trabalho doméstico. Por favor nos diga qual é a sua percepção sobre esse seu trabalho: se concorda ou não com as frases abaixo.

8 Não se aplica
* Se a pessoa **NÃO** faz atividades domésticas, siga para o **BLOCO V**.

Entrevistador (a): Use o Cartão 1.

	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo fortemente
1. Desde que eu acordo eu começo a me preocupar com o trabalho doméstico e familiar que preciso fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu penso constantemente nas minhas responsabilidades domésticas e continuo preocupada com elas à noite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eu facilmente estou sujeito(a) à pressão do tempo no trabalho doméstico e familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eu tenho dificuldade para dormir se eu adiar algo que deveria ter terminado naquele dia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Frequentemente existe uma grande pressão de tempo por conta das muitas tarefas domésticas e familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Eu sou frequentemente interrompido(a) e incomodado(a) nas minhas atividades domésticas e familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Muitas vezes eu sinto como se nunca tivesse folga.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Eu precisaria de mais horas no dia para concluir todo o meu trabalho doméstico e familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Nos últimos anos, meu trabalho doméstico e familiar tem aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Muitas vezes eu tenho a sensação de ter que fazer "mil coisas" ao mesmo tempo no trabalho doméstico e familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Muitas vezes eu me sinto sobrecarregado(a) pelo grande número de responsabilidades domésticas e familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. É difícil eu ter um momento de descanso durante o dia, por conta das muitas demandas domésticas e familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo fortemente
13. Eu frequentemente questiono o sentido do trabalho doméstico e familiar, já que tenho que começar tudo de novo a cada dia.	1	2	3	4
14. Quando me relaciono com outras pessoas, muitas vezes sinto que os papéis de dona-de-casa e de mãe são pouco reconhecidos e valorizados.	1	2	3	4
15. Hoje em dia, uma pessoa é vista com desaprovação se estiver envolvida apenas com o trabalho doméstico e familiar.	1	2	3	4
16. Eu acho injusto o trabalho doméstico e familiar não serem remunerados.	1	2	3	4
17. Meu(minha) parceiro(a) dá o devido reconhecimento e valor para o meu trabalho em casa.	1	2	3	4
18. Muitas vezes meu/minha parceiro(a) não enxerga o meu trabalho doméstico e familiar.	1	2	3	4
19. Meu(minha) parceiro(a) geralmente agradece pelo meu trabalho em casa.	1	2	3	4
20. Meus filhos me dão o valor e o afeto que eu gostaria de receber.	1	2	3	4
21. Meus filhos reconhecem o meu esforço em casa.	1	2	3	4
22. Em geral, eu sinto que o esforço no trabalho doméstico e familiar vale a pena.	1	2	3	4

Bloco V - Conflito Trabalho-família

Sobre o seu trabalho doméstico e profissional	Entrevistador (a): Use o Cartão 4.				
	5 Muito Frequente	4 Frequente	3 Ás vezes	2 Raramente	1 Nunca ou quase nunca
8 Não trabalha	8 Não faz atividade doméstica				
1. As demandas (exigências ou solicitações) familiares e profissionais o/a impedem de usar o tempo desejado para seu próprio cuidado e lazer?	8 Não sabe/não quer responder	●	●	●	●
2. As demandas (exigências ou solicitações) do trabalho o/a impedem de passar a quantidade de tempo desejado com a família?	8 Não sabe/não quer responder	●	●	●	●
3. As demandas (exigências ou solicitações) do trabalho dificultam o cumprimento de responsabilidades domésticas, como por exemplo, cuidar da casa e dos filhos?	8 Não sabe/não quer responder	●	●	●	●
4. As demandas (exigências ou solicitações) familiares interferem nas responsabilidades profissionais, como por exemplo, chegar pontualmente, cumprir tarefas, não faltar aos compromissos, viajar a trabalho e participar de reuniões fora do horário regular?	8 Não sabe/não quer responder	●	●	●	●

Bloco VI - Atividades De Lazer

1. Você participa de atividades regulares de lazer para se distrair ou relaxar? 0 sim 1 não

2. Você participa regularmente de algumas das atividades abaixo para relaxar ou se distrair?

Atividades socioculturais:

1 jogos* 2 cinema/teatro 3 festa 4 seresta 5 barzinho 6 praia/piscina 7 visita a amigos 10 viagens
11 museus/teatro/exposições/bibliotecas 12 igreja 13 TV 14 ler livro 15 rádio

Atividades físicas:

1 ginástica 2 caminhada 3 futebol/vôlei 4 natação/bicicleta 5 hidroginástica 6 Yoga/dança
7 Outros: _____

*Jogos: baralho, dominó, dama etc.

3. O tempo que você tem para o lazer é suficiente? 0 sim 1 não

4. Em relação ao esforço físico das atividades de lazer para relaxar e se distrair, como classificaria suas atividades?

1 Leve (lê, ouve rádio, assiste TV)

2 Moderada (caminha, anda de bicicleta, aula de dança ou atividade física, pelo menos, 2 horas semanais)

3 Pesada (corre, faz ginástica, natação, jogos com bola ou atividade física, pelo menos, 4 horas semanais)

8 não faz atividade

Questionário Internacional De Atividade Física (Ipaq)

Seção 1 - atividades físicas de recreação, esporte, exercício e de lazer:

Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Pense somente nas atividades físicas que fez por, pelo menos, 10 minutos contínuos.

1. Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre?

• _____ dias por SEMANA 888 Nenhum

2. Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta POR DIA? _____ horas _____ minutos

3. Em quantos dias da última semana você fez atividades moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis: _____ dias por SEMANA 888 Nenhum

4. Nos dias em que você faz estas atividades **moderadas no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta POR DIA? _____ horas _____ minutos

5. Em quantos dias da última semana você fez atividades **vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging (corrida): _____ dias por semana 888 Nenhum. Vá para a próxima seção 2

6. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta POR DIA? _____ horas _____ minutos

Seção 2 - Tempo gasto sentado

Estas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado (ou deitado) assistindo TV. Não inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

7. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? _____ horas _____ minutos

8. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana? _____ horas _____ minutos

Bloco VII – Hábitos De Vida

Uso de Bebidas Alcoólicas

1 Sim 0 Não

1. Você consome bebidas alcoólicas? **Se você NÃO BEBE, siga para a próxima seção – Hábitos de fumar**

2. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

8 Não se aplica

Bloco VII – Hábitos De Vida	
<p>3. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? 8 <input type="radio"/> Não se aplica</p> <p>4. Sente-se chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma beber? 8 <input type="radio"/> Não se aplica</p> <p>5. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? 8 <input type="radio"/> Não se aplica</p>	1 Sim 0 Não
Hábitos de Fumar	
<p>1. Você já foi fumante?</p> <p>2. Você fuma atualmente?</p> <p>3. Quantos cigarros você fuma ou fumou por dia? <u> </u> cigarros</p> <p>4. Há quanto tempo você fuma ou fumava? <u> </u> anos <u> </u> meses <u> </u> dias</p>	1 Sim 0 Não

Bloco VIII – Aspectos Relacionados à Sua Saúde	
Agora falaremos sobre sua saúde	
<p>1. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde? 1 muito bom 2 bom 3 regular 4 ruim 5 muito ruim</p> <p>2. Você sentiu alguma dor no último mês? 1 sim 0 não (Se NÃO, salte para a questão 5)</p> <p>3. Qual a intensidade da dor? 0 sem dor 1 fraca 2 moderada 3 forte 4 violenta 5 insuportável</p> <p>4. Onde essa dor se localiza? 1 Músculo-esquelética 2 Sistema digestivo 3 Cabeça 4 Coluna 5 Outro: _____ 8 <input type="radio"/> não se aplica</p>	
<p>5. Você já teve diagnóstico médico de algum problema de saúde abaixo?</p> <p>Diabetes 1 Sim 0 Não Disturbio do sono</p> <p>Colesterol alto 1 Sim 0 Não Hansenise</p> <p>Obesidade 1 Sim 0 Não Tuberculose</p> <p>Pressão alta 1 Sim 0 Não DAD: _____</p> <p>Câncer 1 Sim 0 Não DORT: _____</p> <p>Cardiopatia 1 Sim 0 Não Dores de coluna</p> <p>Doença na tireoide 1 Sim 0 Não AIDS</p> <p>IST: _____ 1 Sim 0 Não Outras: _____</p>	<p>IST = Infecções Sexualmente Transmissíveis; DAD = Doença Articular Degenerativa; DORT = Distúrbios Osteomusculares Relacionada ao Trabalho</p> <p>6. Em caso de algum problema de saúde, sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta) 8 <input type="radio"/> não trabalha</p> <p>6 Não há impedimento / eu não tenho doença</p> <p>5 Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas a lesão/doença, me causa alguns sintomas</p> <p>4 Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho</p> <p>3 Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho</p> <p>2 Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial</p> <p>1 Na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar</p>

Self-report-questionnaire - SRQ-20

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você acha que a questão se aplica a você e você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica à você e você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder uma questão, por favor, dê a melhor resposta que você puder.

	1 Sim	0 Não
1 - Tem dores de cabeça freqüentemente?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
2 - Tem falta de apetite?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
3 - Dorme mal?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
4 - Assusta-se com facilidade?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
5 - Tem tremores nas mãos?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
6 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
7 - Tem má digestão?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
8 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
9 - Tem se sentido triste ultimamente?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
10 - Tem chorado mais do que de costume?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
11 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
13 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
14 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
15 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
16 - Você se sente pessoa inútil em sua vida?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
17 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
18 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
19 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
20 - Você se cansa com facilidade?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>

Questionário De Saúde Da Pessoa (Phq)

1. Durante o último mês, o quanto você se sentiu incomodado(a) por quaisquer dos seguintes problemas? (PHQ-15)

Entrevistador (a): Use o Cartão 5.

	0 Não me senti incomodado	1 Incomodou-me um pouco	2 Incomodou-me muito	
a-Dor no estômago	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	
b-Dor nas costas	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	
c-Dor nos braços, pernas, ou juntas (joelhos, quadril, etc.)	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	
d-Cólica menstrual ou outros problemas relacionados à sua menstruação	8 <input type="radio"/> Não se aplica	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
e-Dor ou problemas durante a relação sexual	8 <input type="radio"/> Não se aplica	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
f-Dor de cabeça	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	
g-Dor no peito	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	

h-Tontura	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
i-Breves desmaios	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
j-Sentir seu coração bater forte ou acelerar	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
k-Perda de fôlego	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
l-Prisão de ventre, intestino solto, ou diarréia	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
m-Náusea, gases, ou indigestão	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
<p>2. Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo? (PHQ-9)</p> <p>Entrevistador (a): Use o Cartão 6.</p>				
a-Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	<input type="radio"/> 0 Nenhum dia	<input type="radio"/> 1 Menos de uma semana	<input type="radio"/> 2 Uma semana ou mais	<input type="radio"/> 3 Quase todos os dias
b-Sente-se triste, deprimido(a), ou desesperançado(a).	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
c-Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
d-Se sentir cansado(a) ou com pouca energia	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
e-Falta de apetite ou comendo demais	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
f-Sentir-se mal consigo mesmo(a); ou pensar que você é um(a) fracassado(a), ou que desapontou você mesmo(a) ou sua família	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
g-Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
h-Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem, ou ao contrário, esteve tão agitado(a) ou inquieto(a) que você fica andando de um lado para o outro mais do que de costume?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
i-Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
<p>3. Ansiedade</p>				
a-No último mês, você sofreu alguma crise de ansiedade sentiu medo ou pânico repentinamente?	<p>Se você respondeu "NÃO", salte para a pergunta de número 5</p>			
b-Isso já aconteceu antes em algum momento?	<input type="radio"/> 0 Não	<input type="radio"/> 1 Sim	<input type="radio"/> 2 Não se aplica	
c-Algumas dessas crises surgem repentinamente de forma inesperada isto é, em situações onde você não espera se sentir nervoso(a) ou incomodado(a)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
d-Essas crises o (a) incomodam muito ou você se preocupa em ter uma outra crise dessas?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

4. Pense sobre sua última GRAVE crise de ansiedade		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
a -Você sentiu falta de ar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b -Seu coração acelerou, bateu mais forte, ou palpitou?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c -Você sentiu dor ou pressão no peito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d -Você suou?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
e -Você sentiu como se estivesse em choque ou assustado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
f -Você sentiu ondas de calor ou calafrios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
g -Você sentiu náusea ou estômago embrulhado ou a sensação de que você estava prestes a ter uma diarréia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
h -Você se sentiu tonto(a), fraco(a) ou cambaleou?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
i -Você sentiu formigamento, dormência em partes do corpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
j -sentiu tremores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
k -Você teve medo de que você estivesse morrendo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Perguntas sobre alimentação		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
a -Você normalmente sente que não consegue controlar o que você come e o quanto come?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b -Você freqüentemente come, dentro de um período de 2 horas, o que a maioria das pessoas consideraria uma grande quantidade de comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c -Isso ocorreu, em média, com uma freqüência de duas vezes na semana pelos últimos 3 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. Nos últimos 3 meses, você freqüentemente fez algum dos seguintes itens para evitar ganhar peso?		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
a -Forçou o vômito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b -Tomou mais do que duas vezes a dose recomendada de laxantes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c -Jejuou - não comeu absolutamente nada por pelo menos 24 horas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d -Fez exercícios físicos por mais de uma hora especificamente para deixar de ganhar peso depois de comer exageradamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. No último mês, com que freqüência você se sentiu incomodado(a) por qualquer um dos problemas seguintes?		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Entrevistador (a): Use o Cartão 7.				
a -Se sente nervoso(a), ansioso(a), tenso(a), ou preocupando-se muito sobre assuntos diferentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b -Se sente inquieto(a) de forma que se torna difícil ficar parado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c -Cansa-se muito facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d -Tem tensão muscular, dores, ou inflamação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e -Tem dificuldade de pegar no sono ou de continuar dormindo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f -Tem dificuldade em se concentrar nas coisas, tipo ler um livro ou assistir a TV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g -Fica facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. No último mês, o quanto você se sentiu incomodado(a) pelos seguintes problemas?

Entrevistador (a): Use o Cartão 5.

	0 Não me incomodou	1 Incomodou-me pouco	2 Incomodou-me muito
a-Preocupação com a sua saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b-Seu peso ou com sua aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c-Pouco ou nenhum desejo sexual ou prazer durante o sexo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d-Dificuldades com marido/mulher, parceiro(a)/amante, ou namorado e namorada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e-O estresse de tomar conta dos filhos, pais e outros membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f-Estresse no trabalho fora de casa ou na escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g-Problemas financeiros ou preocupações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h-Não ter ninguém para te dar apoio quando você tem um problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i-Algo ruim que aconteceu recentemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j-Sonhado ou pensado em algo terrível que aconteceu com você no passado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Se você assinalou qualquer um dos problemas listados acima, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

0 Nenhuma dificuldade 1 Alguma dificuldade 2 Muita dificuldade 3 Extrema dificuldade

10. Você está tomando algum medicamento para ansiedade, depressão ou estresse? 1 Sim 0 Não

Qualidade do sono-Mini-Sleep Questionnaire (MSQ).

Entrevistador (a): Use o Cartão 8.

Durante as últimas quatro semanas, com que frequência você tem tido alguns desses problemas relacionados ao sono?

	1 Nunca	2 Muito raramente	3 Raramente	4 Aávezes	5 Frequente	6 Muito Freqüente	7 Sempre
1. Você tem dificuldade em adormecer a noite?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
2. Você acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
3. Você toma remédios ou tranquilizantes para dormir?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
4. Você dorme durante o dia (sem contar cochilos ou sonecas programadas)?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
5. Ao acordar de manhã, você ainda se sente cansado (a)?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
6. Você ronca a noite (que você saiba)?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
7. Você acorda durante a noite?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
8. Você acorda com dor de cabeça?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
9. Você sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
10. Você tem sono agitado (mudanças constantes de posição ou movimentos de perna/braços)?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7

Bloco IX - Saúde Reprodutiva (Feminina)

Agora falaremos um pouco sobre saúde reprodutiva.

 8 Não se aplica

1. Com que idade ocorreu a sua 1ª relação sexual? _____ anos

 8 Não teve relação sexual

2. Está ou já passou pela menopausa? 1 sim 0 não

 8 Não se aplica

3. Faz uso de Método Anticonceptivo Oral? 1 sim 0 não

 8 Não se aplica

3.1. Qual o método anticoncepcional ou de proteção que você utiliza?

1 Pílula 2 Tabelinha 3 Camisinha 4 DIU 5 Diafragma 6 Ligadura 7 Outro método: _____

4. Número de Parceiro/a(s) sexual(is) atualmente: _____

 8 Não se aplica
vida sexual inativa

5. Você já engravidou? 1 sim 0 não

* Se nunca engravidou siga para o BLOCO X.

6. Se já engravidou, quantas gestações já teve? _____ gestações

 8 Não se aplica

7. Você já teve um aborto? 1 sim 0 não, 9 não lembra

 8 Não se aplica

8. Qual foi o tipo de aborto? 1 provocado 2 espontâneo 9 não lembra

 8 Não se aplica

9. Quantos abortos você teve 1 Um 2 dois 4 três ou mais

 8 Não se aplica

10. Sua última gravidez foi planejada? 1 sim 0 não

 8 Não se aplica

11. Realizou Pré-Natal na última gravidez? 1 sim 0 não

 8 Não se aplica

12. Qual sua idade no 1º parto? _____ anos, 9 não lembra

 8 Não se aplica

13. Número de partos: _____

 8 Não se aplica

14. Número de filhos nascidos: _____

 8 Não se aplica

15. Tipo do último parto 1 Vaginal 2 Cesária 3 Fórceps

 8 Não se aplica

16. Seu último parto foi induzido (usou algum medicamento na veia que aumentou a dor)? 1 sim 0 não

 8 Não se aplica

17. Se parto Vaginal na última gravidez, qual a posição que ficou na hora do bebê nascer?

1 Deitada na maca 0 quatro apoios, cócoras, joelhos, lateral ou outra 9 não lembra

 8 Não se aplica

18. Se parto Vaginal na última gravidez:

0 Períneo Integro 1 Lacerção ("rasgo no períneo") 2 Episiotomia ("corte no períneo") 9 não lembra

 8 Não se aplica

19. Na última gravidez, recebeu orientações sobre o aleitamento materno? 1 sim 0 não

Se sim, Quando? 1 Pré-Natal 2 No hospital 3 Em casa após o parto 9 não lembra

 8 Não se aplica

20. Amamentou o seu recém-nascido na primeira hora após o parto na última gravidez?

1 sim 0 não 9 não lembra

 8 Não se aplica

21. Apresentou algum problema mamário? 1 sim 0 não 9 não lembra

21.1. Se sim, Qual: 0 dor ao amamentar 1 fissura mamilar 2 ingurgitamento 3 mastite
4 Abcesso 5 Outros: _____ 8 Não se aplica

22. Teve licença maternidade na última gestação? 1 sim 0 não

 8 Não se aplica

23. Amamentou o seu filho (a) exclusivamente? 1 sim 0 não Se sim, por quanto tempo? _____

9 não lembra 8 Não se aplica
(não amamentou)

Saúde Reprodutiva (Masculina)	
Agora falaremos um pouco sobre saúde reprodutiva.	
1. Com que idade ocorreu a sua 1ª relação sexual? _____ anos <input type="radio"/> 9 não lembra <input type="radio"/> 8 Não se aplica	
2. Você tem filhos? <input type="radio"/> 1 sim <input type="radio"/> 0 não Se sim, nº de filhos: _____ <input type="radio"/> 6 Não se aplica	
3. Faz uso de camisinha como método anticoncepcional ou para proteção? <input type="radio"/> 1 sim <input type="radio"/> 0 não <input type="radio"/> 6 Não se aplica	
4. Número de Parceiro/a(s) sexual(is) atualmente: _____ <input type="radio"/> 8 Não se aplica (Vida sexual irrativa)	
Bloco X - Atos De Violência – Vitimização	
Esta seção trata de atos de violência dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 24 meses. Por favor, reflita sobre o que aconteceu e responda às seguintes perguntas:	
1. Você sofreu alguma agressão física ou emocional (psicológica) nos últimos 24 meses? <input type="radio"/> 1 sim <input type="radio"/> 0 não Se marcou NÃO, siga para questão 5	
2. Qual foi o tipo de agressão? (Você pode marcar mais de uma alternativa) <input type="radio"/> 1 Física <input type="radio"/> 2 Psicológica <input type="radio"/> 3 Sexual <input type="radio"/> 4 Atos de destruição <input type="radio"/> 5 Negligência <input type="radio"/> 6 Outros: _____ <input type="radio"/> 8 Não se aplica	
3. Quem praticou a agressão? <input type="radio"/> 1 esposo <input type="radio"/> 2 amigo <input type="radio"/> 3 irmão/irmã <input type="radio"/> 4 pai <input type="radio"/> 5 mãe <input type="radio"/> 6 filho(a) <input type="radio"/> 7 vizinho(a) <input type="radio"/> 10 desconhecido (a) <input type="radio"/> 8 Não se aplica <input type="radio"/> 11 Outros Especifique _____	
4. Você já foi hospitalizado(a) devido a alguma agressão nos últimos 24 meses? <input type="radio"/> 1 sim <input type="radio"/> 0 não <input type="radio"/> 8 Não se aplica	
5. Você já foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 24 meses? <input type="radio"/> 1 sim <input type="radio"/> 0 não <input type="radio"/> 8 Não se aplica	
6. Você lembra de ter sofrido agressão quando criança? <input type="radio"/> 1 sim <input type="radio"/> 0 não <input type="radio"/> 8 Não se aplica	
7. Como as pessoas usualmente classificam sua raça/ cor da pele? <input type="radio"/> 1 branca <input type="radio"/> 2 amarela/oriental <input type="radio"/> 3 parda <input type="radio"/> 4 origem indígena <input type="radio"/> 5 preta <input type="radio"/> 9 não sabe	
8. Qual a frequência em que você pensa na sua raça/cor da pele? <input type="radio"/> 1 nunca <input type="radio"/> 2 uma vez ao ano <input type="radio"/> 3 uma vez ao mês <input type="radio"/> 4 uma vez na semana <input type="radio"/> 5 uma vez ao dia <input type="radio"/> 6 a cada hora <input type="radio"/> 7 constantemente	
9. Nos últimos 30 dias, você se sentiu emocionalmente chateado(a), por exemplo com raiva, triste ou frustrado(a), em função de como você foi tratado(a) por causa de sua raça/cor da pele? <input type="radio"/> 1 sim <input type="radio"/> 0 não	

Entrevistador: _____

Hora do término: _____

Entrevistador(a): Por favor, antes de entregar este questionário
 revise-o todo completando aquelas questões não respondidas
 ("não se aplica"). Evite borrões e rasuras. Obrigada, Coordenação.