



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**PRISCILLA MAGALHÃES DE OLIVEIRA CARVALHO**

**O SUICÍDIO E AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO ENTRE  
TRABALHADORES E TRABALHADORAS NO CEARÁ:  
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO**

**FORTALEZA**

**2025**

PRISCILLA MAGALHÃES DE OLIVEIRA CARVALHO

**O SUICÍDIO E AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO ENTRE  
TRABALHADORES E TRABALHADORAS NO CEARÁ: ESTRATÉGIAS  
DE ENFRENTAMENTO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como pré-requisito para obtenção do título de mestre em saúde pública.

**Orientadora:** Profa. Dra. Maxmiria Holanda Batista

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

C327s Carvalho, Priscilla.

O suicídio e as tentativas de suicídio entre trabalhadores e trabalhadoras no Ceará: estratégias de enfrentamento / Priscilla Carvalho. – 2026.  
170 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2026.  
Orientação: Profa. Dra. Maxmíria Holanda Batista.

1. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. 2. Suicídio. 3. Tentativas de suicídio. I. Título.

CDD 610

---

PRISCILLA MAGALHÃES DE OLIVEIRA CARVALHO

**O SUICÍDIO E AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO ENTRE  
TRABALHADORES E TRABALHADORAS NO CEARÁ:  
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde pública. Área de concentração: Ciências Sociais, Humana, Ambientais, Políticas de Saúde e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 27/11/2025.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Maxmiria Holanda Batista (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Carlos Henrique Moraes de Alencar  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

A Deus.

A minha família.

## AGRADECIMENTOS

Quando penso em saúde pública, lembro primeiramente da minha mãe, Marília, que me apresentou desde a infância a esse universo, quando eu a acompanhava, muitas vezes, em seu trabalho como enfermeira da atenção primária no interior do estado. E que segue defendendo seus direitos ativamente como trabalhadora e defensora do SUS. Agradeço enormemente por apoiar toda a minha jornada durante a vida.

À toda a minha família, minha avó Ana, meu avô Moacir e meus tios e tias que sempre participaram da minha jornada e me deram apoio.

Ao meu companheiro Brayan, pelo amor, pelo apoio constante, pelo incentivo, carinho e compreensão durante a jornada. Sou muito grata pela nossa parceria.

À Profa. Maxmiria, por todos os ensinamentos repassados com maestria e pela orientação. Tenho grande admiração. À todos(as) os(as) companheiros e companheiras do grupo de estudos TRASSUS, onde me reconheci e aprendi, tornando a caminhada menos solitária.

Ao Professor Henrique, que foi parte muito importante na construção da dissertação. Agradeço por toda a partilha.

À todos os professores do PPGSP UFC que contribuíram enormemente para a minha formação na saúde pública com grandes aprendizados e reflexões.

Aos colegas da turma de mestrado, pelos risos, pelas reflexões e críticas.

Agradeço imensamente a todas as minhas amigas Dalila, Hyandra, Jaiane, Leylia e Risoleta que estão sempre ao meu lado como rede de apoio, segurando a minha mão, “quem tem amigo, tem tudo”.

À todas as pessoas que de alguma forma contribuíram nessa passagem do mestrado.

Aos professores participantes da banca examinadora Prof. Henrique, Prof. Jackson e Prof. Marcelo pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos participantes do trabalho que foram peça fundamental e que aceitaram prontamente em auxiliar. Espero que de alguma forma se sintam representados.

Por fim, mas não menos importante, à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo apoio e suporte durante o Mestrado.

— Severino, retirante,  
deixe agora que lhe diga:  
eu não sei bem a resposta  
da pergunta que fazia,  
se não vale mais saltar  
fora da ponte e da vida;  
nem conheço essa resposta,  
se quer mesmo que lhe diga  
é difícil defender,  
só com palavras, a vida,  
ainda mais quando ela é  
esta que vê, Severina  
mas se responder não pude  
à pergunta que fazia,  
ela, a vida, a respondeu  
com sua presença viva.  
E não há melhor resposta  
que o espetáculo da vida:  
vê-la desfilar seu fio,  
que também se chama vida,  
ver a fábrica que ela mesma,  
teimosamente, se fabrica,  
vê-la brotar como há pouco  
em nova vida explodida;  
mesmo quando é assim pequena  
a explosão, como a ocorrida;  
como a de há pouco, franzina;  
mesmo quando é a explosão  
de uma vida Severina.

*João Cabral de Melo Neto — Morte e vida severina*

## RESUMO

O suicídio constitui fenômeno multifatorial, configurando-se como problema de saúde pública entre a população trabalhadora. O presente estudo objetivou propor estratégias de aprimoramento das ações de prevenção e vigilância do suicídio entre trabalhadores no estado do Ceará. Trata-se de pesquisa quanti-qualitativa, descritiva e exploratória, realizada no estado do Ceará, incluindo dados de 2012 a 2022 do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A análise estatística utilizou frequências absolutas e relativas com o apoio do software STATA. A coleta de dados qualitativos ocorreu por meio de grupos focais com referências técnicas e gestores do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Os principais achados revelaram que trabalhadores da exploração agropecuária representaram 21,3% da letalidade por suicídio, enquanto as donas de casa predominaram nas tentativas com 15,4%. No suicídio, tiveram maior percentual os homens, indivíduos solteiros e baixa escolaridade, enquanto nas tentativas prevalecem mulheres, solteiras e baixa escolaridade. A análise qualitativa identificou desafios na rede de vigilância em saúde do trabalhador, principalmente da descontinuidade do cuidado e desarticulação entre todos os níveis de atenção à saúde, assim como o despreparo de profissionais de setores-chave para o estabelecimento do nexo causal. As principais estratégias propostas foram a de integração entre as vigilâncias em saúde, integração com a APS, o uso de tecnologias de dados e a educação permanente. Ademais, o suicídio e as tentativas de suicídio entre trabalhadores configura-se como resultado de múltiplos fatores articulados que refletem a determinação social mediada por processos capitalistas de exploração. Conclui-se a necessidade de mudanças estruturais e políticas públicas integradas envolvendo emprego, proteção social, saúde mental e vigilância em saúde do trabalhador. Destaca-se a necessidade de educação permanente e da inclusão da dimensão do trabalho no cuidado em saúde. Para as tentativas de suicídio, recomenda-se qualificação multiprofissional, o estabelecimento de fluxos assistenciais e maior articulação entre NHE, Visat, vigilância ambiental e vigilância sanitária. Defende-se a integralidade da rede, com comunicação eficiente e uso de tecnologias para vigilância e a continuidade do cuidado, tendo a APS como ponto central. As estratégias propostas dependem de compromisso do Estado, financiamento adequado e reconhecimento do suicídio relacionado ao trabalho como agravo de saúde pública prevenível.

**Palavras-chave:** Saúde do trabalhador e da trabalhadora, Suicídio, Tentativas de suicídio

## **ABSTRACT**

Suicide is a multifactorial phenomenon and constitutes a public health problem among the working population. This study aimed to propose strategies to improve actions for the prevention and surveillance of suicide among workers in the state of Ceará. It is a quantitative–qualitative, descriptive, and exploratory investigation conducted in Ceará, including data from 2012 to 2022 from the Mortality Information System (SIM) and the Notifiable Diseases Information System (SINAN). Statistical analysis employed absolute and relative frequencies using STATA software. Qualitative data were collected through focus groups with technical staff and managers from the Workers' Health Reference Center (CEREST). The main findings revealed that agricultural and livestock workers accounted for 21,3% of suicide lethality, while homemakers predominated in suicide attempts with 15.4%. Among suicide deaths, men, single individuals, and those with low educational attainment had the highest proportions, whereas suicide attempts were more frequent among women, single individuals, and those with low schooling. The qualitative analysis identified challenges within the workers' health surveillance network, particularly the discontinuity of care and lack of coordination across all levels of healthcare, as well as the insufficient preparedness of professionals in key sectors to establish causal links. The principal strategies proposed included the integration of health surveillance systems, strengthened collaboration with primary care, the use of data technologies, and permanent professional education. Moreover, suicide and suicide attempts among workers are characterized as outcomes of multiple interconnected factors reflecting social determination mediated by capitalist processes of exploitation. The study concludes that structural changes and integrated public policies involving employment, social protection, mental health, and workers' health surveillance are needed. It highlights the importance of permanent education and the incorporation of work-related dimensions into healthcare practices. Regarding suicide attempts, multiprofessional training, the establishment of care pathways, and enhanced coordination among hospital epidemiological units, workers' health surveillance, and sanitary surveillance are recommended. The study advocates for network integration through efficient communication and technological tools to support surveillance and continuity of care, with primary healthcare as a central component. The proposed strategies depend on strong state commitment, adequate funding, and recognition of work-related suicide as a preventable public health issue.

**Keywords:** Occupational health, Suicide, Suicide attempts

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das variáveis sociodemográficas e CID 10 do suicídio no estado do Ceará provenientes do Sistema de Informação de Mortalidade do período de 2012 a 2022.....	56
Tabela 2	Distribuição das variáveis sociodemográficas do suicídio no estado do Ceará Provenientes do Sistema de Informação de Mortalidade do período de 2012 a 2022 por Região de Saúde.....	61
Tabela 3	Distribuição do CID 10 do suicídio no estado do Ceará provenientes do Sistema de Informação de Mortalidade do período de 2012 a 2022 por Região de Saúde .....	63
Tabela 4	Distribuição das variáveis sociodemográficas e CID 10 das violências autoprovocadas intencionalmente no estado do Ceará provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do período de 2012 a 2022.....	63
Tabela 5	Distribuição das variáveis sociodemográficas e CID 10 das violências autoprovocadas intencionalmente no estado do Ceará provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do período de 2012 a 2022 por Região de Saúde .....	69
Tabela 6	Distribuição do CID 10 das violências autoprovocadas intencionalmente no estado do Ceará provenientes do Sistema de Informação de de Agravos de Notificação do período de 2012 a 2022 por Região de Saúde.....	72

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ADS	Áreas Descentralizadas de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEVIT	Célula de Vigilância e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
CGTES	Coordenadoria de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde
CIB/CE	Comissão Intergestores Bipartite/Ceará
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPP	Complexo Industrial e Portuário do Pecém/Ceará
COPAS	Coordenadoria de Políticas Públicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICD	International Classification of Diseases
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LGBTQIAP	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, A
N+	Pansexuais e Não-binários
NBR	Norma Brasileira Regulamentar
NUAST	Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TMRT	Transtornos Mentais Relacionado ao Trabalho
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
WHO	World Health Organization

et al.      et alii (e outros)

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	22
<b>3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	24
3.1 A epidemiologia crítica, o trabalho e a saúde coletiva como campo norteador da pesquisa .....	24
3.2 Epidemiologia do suicídio .....	27
3.3 Histórico das políticas públicas de saúde mental no brasil.....	31
3.4 Histórico das políticas públicas de saúde do trabalhador e da trabalhadora no Brasil .....	34
3.5 Vigilância em saúde do trabalhador(a) .....	35
3.6 A determinação social do suicídio e tentativas de suicídio entre trabalhadores.....	38
3.7 Política de prevenção ao suicídio.....	46
3.8 Sistemas de informação em saúde.....	47
4.1 Geral .....	49
4.2 Específicos .....	49
<b>4. MÉTODOS</b> .....	50
5.1 Tipo de estudo .....	50
5.2 Cenário do estudo.....	50
5.3 População.....	51
5.4 Coleta de dados.....	52
5.5 Organização e Análise Dos Dados .....	53
5.6 Aspectos éticos.....	54
5.7 Limitações do estudo .....	55
<b>5. RESULTADOS</b> .....	55
6.1 Resultados quantitativos .....	55
6.2 Resultados qualitativos .....	73
6.2.1.A determinação social, ambiental e ocupacional.....	74
6.2.2 Fatores de vulnerabilidade ocupacional .....	76
6.2.3 Fragilidades organizacionais e institucionais da rede de atenção à saúde .....	78
6.2.4 Estratégias de Fortalecimento da Vigilância e Prevenção .....	81
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	84
7.1 Determinantes territoriais e vulnerabilidades ocupacionais .....	92
7.1.1 Trabalhadores e produtores agropecuários .....	92

<b>7.1.2. Indústria extrativa e construção civil .....</b>	<b>96</b>
<b>7.1.3. Dona de casa: o trabalho invisibilizado .....</b>	<b>97</b>
<b>7.1.4. Aposentado/pensionista .....</b>	<b>100</b>
<b>7.1.5. Trabalhadores dos serviços .....</b>	<b>102</b>
<b>7.1.6. Desempregados crônicos .....</b>	<b>105</b>
<b>7.2 Desafios na vigilância à saúde do trabalhador .....</b>	<b>106</b>
<b>7.3 Estratégias de prevenção e vigilância .....</b>	<b>110</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>120</b>
<b>8. REFERÊNCIAS: .....</b>	<b>124</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>167</b>
<b>TERMO DE ASSENTIMENTO PÓS-INFORMADO .....</b>	<b>169</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A definição de suicídio é causar a morte ou o assassinato de si mesmo. Isso significa que é o ato intencional da pessoa tirar a sua própria vida. Segundo Botega (2014) o número de tentativas de suicídio, supera o de suicídios em ao menos 10 vezes. Para o autor entre 5% e 25 % das pessoas que tentam essa ação tentarão novamente no ano seguinte (Botega, 2006).

A violência autoprovocada, lesão autoprovocada e autolesão são compreendidos como manifestações pertencentes ao âmbito das violências autoinfligidas (WHO, 2019). A lesão autoprovocada é definida como qualquer tipo de violência que uma pessoa inflige contra si mesma. Pode ser na forma de arranhões e outras pequenas lesões, ou até casos mais graves como uso de armas de fogo, intoxicações ou amputação de membros. Este é um comportamento suicida e possui relação com possíveis causas biológicas, ambientais, psiquiátricas, psicológicas, filosóficas e sociais (Bahia, *et al.*, 2017).

Esse tipo de violência é especificado em dois grupos: I) comportamento suicida e suicídio e II) autolesão. O primeiro está associado à ideação suicida (pensamentos, planejamento de suicídio), às tentativas de suicídio ou o suicídio. O segundo grupo abrange a automutilação sem intenção de provocar o suicídio. As práticas associadas a esse grupo podem variar de métodos moderados a graves (Nock *et al.*, 2009; Brasil, 2016). No presente estudo nos debruçaremos sobre dois tipos do primeiro grupo, as tentativas de suicídio e suicídio (violência autoprovocada intencionalmente).

De acordo com a Classificação Internacional de Mortes (CID ou ICD - International Classification of Diseases), as causas de morte são separadas entre naturais e não naturais. As mortes por suicídio, homicídio e acidentes (quedas, afogamentos, acidentes de trânsito, de trabalho entre outros) são consideradas causas externas de morte ou mortes não naturais, e são subclassificadas em violentas (intencionais) ou acidentais (não intencionais) (Weber *et al.*, 2020).

O suicídio tornou-se um problema de saúde pública global, e com

intervenções oportunas pode ser prevenido. Dados estimados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2021, o suicídio destaca-se como a terceira causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, enfatizando a emergência desse problema na população economicamente ativa. A maioria das mortes por suicídio ocorrem em países de média e baixa renda (77%), onde a população é vulnerabilizada (OMS, 2021). Nessa população os recursos são limitados para uma identificação precoce, tratamento e apoio necessários.

O Brasil ocupa a oitava posição em números absolutos de suicídios no mundo (OMS, 2021). Entre os anos de 1996 e 2019 houve registro de 222.232 suicídios (Almeida *et al.*, 2019). A taxa de suicídio no Ceará aumentou em 27,6% quando comparado o ano de 2010 e 2021. (Secretaria de Saúde do estado do Ceará, 2022). Dessa forma, as tentativas de suicídio e o suicídio são um problema de saúde pública urgente indicando a necessidade do fortalecimento de políticas públicas orientadas para o cuidado com a saúde mental da população.

De acordo com estudo realizado entre 2006 e 2015 realizado no Brasil com base em dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o enforcamento (62,5%), a lesão por arma de fogo (7,05%) e a intoxicação por pesticidas (6,27%), respectivamente, foram os meios mais utilizados para cometer suicídio (Mata *et al.*, 2020).

Entre os fatores associados ao elevado risco de suicídio estão os demográficos, socioprofissionais e psicossociais, como depressão, agressividade, impulsividade, desesperança, alcoolismo, idade, gênero, uso de substâncias químicas e psicoativas, além de perda de suporte social, do emprego, dificuldades profissionais e desengajamento social (Baptista *et al.*, 2004; Calixto *et al.*, 2016; Cardoso *et al.*, 2014; Félix *et al.*, 2016).

No que tange à análise do suicídio nos contextos de trabalho, Dejours (1997) realiza uma leitura do fenômeno com ênfase em aspectos subjetivos do trabalhador. Esses são marcados pelas desiguais e perversas relações laborais provenientes de políticas neoliberais que incidem na precarização dos contextos e do significado do próprio trabalho. Para esse autor, o suicídio no trabalho pode ser analisado estruturalmente ou em uma dimensão sociogenética, apontando para a perspectiva de rivalidade, competição e avaliação providenciado pelas organizações

sobre a produtividade do trabalhador. (Dejours,2010). No entanto, deve-se atentar para outros fatores, como contexto histórico, social e do ambiente em que o trabalhador vive.

Alguns aspectos como fracasso na produtividade, problemas financeiros, emocionais, discussões domésticas e depressão se destacaram entre os possíveis fatores para tentativas de suicídio (Eddleston et al., 2004). À vista desses cenários possíveis, entende-se que as especificidades do ambiente de trabalho podem contribuir para um maior risco de tentativas de suicídio e do suicídio. Pode-se citar como exemplo, as intoxicações por agrotóxicos estão entre as principais causas de suicídio no mundo, entre 10% e 20% (Mew, 2017). A exposição a agrotóxicos, causa alterações comportamentais, distúrbios emocionais e afetivos, além disso é causa para aumentar a ideação suicida, dado que muitos desses são comprovadamente neurotóxicos (Kori, 2018).

Estudo realizado no Ceará (Moreira *et al.*, 2015) demonstra que dentre os tóxicos mais utilizados para realizar as tentativas de suicídio estão os medicamentos (51,8%), seguido dos agrotóxicos de uso agrícola (31,2%). A maior prevalência foi em estudantes (16,1%), seguido de desempregados (14,9%), todas as outras profissões somadas foram em 15,4%.

Compreende-se que os processos produtivos também podem interferir no processo saúde-doença do trabalhador. Tanto na América Latina, no Brasil e, de maneira particular, no Ceará, observa-se a permanência de um modelo de subordinação econômica associado ao neoextrativismo (Gudynas, 2012). O neoextrativismo é considerado um modelo de desenvolvimento em que existe a apropriação da natureza e na exploração massiva de recursos naturais. É caracterizado pela produção em larga escala com o objetivo de exportação e pelo acelerado extrativismo em direção a territórios tido como improdutivos pela lógica capitalista (Svampa, 2022). Grandes grupos transnacionais dos setores de mineração, energia e agronegócio intensificam a produção de commodities, frequentemente desconsiderando as necessidades sociais e ecológicas. Essa dinâmica interfere em múltiplas dimensões da saúde dos trabalhadores ao desestruturar economias locais, redefinir sentidos do trabalho e restringir o acesso aos bens comuns (Rigotto *et al.*, 2022).

Os conflitos ambientais decorrentes desses empreendimentos incidem também sobre a saúde mental da população trabalhadora, sobretudo em territórios vulnerabilizados, onde são comuns experiências de medo, estresse e ansiedade.

No Ceará e no Nordeste em geral, alguns empreendedores têm investido no setor de geração de energia para as novas indústrias. As indústrias instaladas e/ou previstas para o complexo industrial e portuário do Pecém/Ceará (CIPP) são as termelétricas, uma siderúrgica com coqueria e uma refinaria de petróleo (Bezerra *et al.*, 2014). Dentre eles enfatizam-se estresse, ansiedade, isolamento e auto-imagem pobre, as quais comprometem as relações do indivíduo na família, no trabalho e na sociedade, prejudicando o desempenho de suas atividades de vida diária (INSS, 1998). Nesse sentido, compreende-se que esses processos produtivos presentes no Ceará podem interferir nos modos de vida dessas trabalhadoras, e dessa forma afetar a sua saúde. Assim como outros processos também implicam em diversos fatores que podem ser nocivos para a saúde do trabalhador.

O contexto local e a necessidade de uma abordagem direcionada que considere variáveis demográficas, ocupacionais e ambientais são essenciais para compreender quais processos produtivos podem estar interferindo na saúde mental da classe trabalhadora do Ceará.

Desse modo, a ideia dessa pesquisa surgiu a partir de anseios de como o suicídio se dá entre os trabalhadores e trabalhadoras, quem são essas pessoas e, de qual território elas se inserem no Ceará? Como as várias modificações no território ou no ambiente de trabalho pelos processos de trabalho podem levar a alguma modificação na saúde mental? Que estratégias de enfrentamento podem ser adotadas?

Assim, a construção de dados sobre o tema poderá ajudar a identificar grupos mais vulneráveis e orientar políticas para ações mais eficazes de prevenção e vigilância. Nesse sentido, o estudo contribui para qualificar as políticas públicas e fortalecer estratégias de cuidado que respondam às necessidades reais dessa população. Além disso, o estudo contribui para a produção científica, ao revelar especificidades dessa população e oferecer subsídios para intervenções em outros contextos regionais e grupos ocupacionais semelhantes.

Nessa direção, de acordo com Santos (2002) a “sociologia das ausências” intenta demonstrar que a ausência é produzida como tal e tende a libertar essas

experiências forjadas como ausentes. Esta busca reverter a visíveis os temas e sujeitos que estão ausentes em uma sociedade abissal. A ideia de uma linha abissal permite compreender como podem existir diferentes formas de opressão em uma mesma região, um país, uma cidade ou mesmo um mesmo local de trabalho em função de duas realidades que convivem, o Norte e o Sul Global (Porto *et al.*, 2019). Dessa forma, entende-se que existem trabalhadores e trabalhadoras que se encontram à margem da sociedade, que tem sofrimentos psíquicos que podem levar a um ato mais grave, a tentativa de suicídio ou mesmo o suicídio.

Pretende-se tornar visível os trabalhadores e trabalhadoras invisibilizados. Quem são as mulheres trabalhadoras que estão cometendo o ato do suicídio ou tentativas? Quem são os homens trabalhadores que também estão cometendo tal ato? Qual é a cor da pele dessas mulheres e desses homens? Qual é a faixa etária? Qual é o nível educacional? Qual é a ocupação?. Além disso, propõe-se entender a percepção dos trabalhadores e gestores do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CEREST) quanto ao perfil epidemiológico desses trabalhadores e quais estratégias de enfrentamento podem ser forjadas ou aprimoradas.

## 2. JUSTIFICATIVA

Diante da problemática do crescimento das tentativas de suicídio e do suicídio no estado do Ceará, estudos acerca do conhecimento desses atos entre os trabalhadores e das principais ocupações envolvidas é essencial. Estudos sobre a caracterização das tentativas de suicídio e suicídio nessa população são de grande relevância para o meio científico. A escolha do estado do Ceará como unidade federada de análise justifica-se por este estado ter o segundo maior número de registros de suicídio na região do Nordeste, segundo dados do SINAN.

A literatura científica sobre suicídio e as tentativas de suicídio mantém-se fragmentada. Muitas abordagens são isoladas sobre ocupações específicas ou condições laborais, sem a integração com a compreensão da determinação social do processo saúde-doença e da vulnerabilização dos trabalhadores(as) pelos processos produtivos capitalistas. Nesse contexto, existem lacunas de pesquisas que articulem epidemiologia crítica, saúde do trabalhador e prevenção ao suicídio, especialmente considerando as especificidades territoriais e processos produtivos do Ceará.

A identificação e o mapeamento dessas ações permitem que tanto a comunidade em geral quanto os trabalhadores e trabalhadoras adquiram maior conhecimento sobre o problema. Isso é fundamental para elaborar e iniciar atividades educativas e informativas a respeito da ocorrência de danos à saúde dos trabalhadores(as), de seus familiares e da comunidade em geral. Assim, é possível reduzir os danos à saúde e aumentar a qualidade de vida desses indivíduos.

Além disso, recente boletim epidemiológico de mortalidade por suicídio no estado do Ceará realizado pela Secretaria de Saúde do Ceará apresentam dados de 2009 a 2023 a partir do SIM (Secretaria de Saúde do Ceará, 2024). Neste boletim não há inclusão da variável ocupação. Nesse contexto, torna-se fundamental o estudo sobre suicídio e tentativa de suicídio na classe trabalhadora do Ceará para fortalecer e desenvolver planos de ação para as políticas de saúde do estado.

Diante do exposto, caracterizar o perfil epidemiológico das tentativas de suicídio e suicídio entre trabalhadores(as) cearenses, compreender a percepção de

trabalhadoras(es) e gestores(as) do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) sobre tal problema, e descrever aspectos da determinação social destes eventos à luz da epidemiologia crítica fornecerá subsídios fundamentais para o fortalecimento e aprimoramento das políticas públicas de saúde do trabalhador e prevenção ao suicídio no estado. Tais informações possibilitarão a identificação de grupos mais vulnerabilizados, propostas de estratégias de vigilância e prevenção contextualizadas e territorializadas com a perspectiva de redução da morbimortalidade por suicídio e promoção da saúde mental da classe trabalhadora no Ceará.

### 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 A epidemiologia crítica, o trabalho e a saúde coletiva como campo norteador da pesquisa

No presente estudo adotamos a epidemiologia crítica como referencial teórico para auxiliar na compreensão do processo saúde-doença dos trabalhadores e trabalhadoras no estado do Ceará. A partir desse ponto, entende-se que o suicídio e as tentativas de suicídio nestes trabalhadores perpassam por múltiplas relações, sendo, portanto, um processo coletivo e não apenas individual.

Para Wunsch *et al.* (2015), a compreensão da relação entre trabalho e o processo saúde-doença dos trabalhadores está ancorada no reconhecimento da centralidade do trabalho na constituição ontológica do ser humano. É por meio da atividade laboral, entendida como fenômeno fundante da existência social, que o indivíduo se forma como ser social, superando sua condição meramente biológica ou instintiva (Wunsch *et al.*, 2015). O trabalho é tido como condição essencial para a reprodução da vida e para a sociabilidade humana, configurando-se como uma atividade orientada e planejada direcionada por objetivos definidos pelas necessidades, pelas possibilidades concretas e pelas representações que cada sujeito constrói acerca do mundo em que vive (Wunsch *et al.*, 2015)

Marx (1980) define “antes de tudo o trabalho é um processo que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”.

A epidemiologia crítica tem sua origem na América Latina, entre 1970 e 1980, em reação ao neoliberalismo e à insatisfação com a epidemiologia clássica, esta que centrava-se em fatores de risco individuais e desconsiderava as dimensões sociais e históricas do processo saúde-doença (Wemrell *et al.*, 2016; Medeiros *et al.*, 2012). Além do esforço para superar as divisões existente entre o Norte e Sul global e reconhecer as contribuições latinoamericanas (Breilh, 2008; Spiegel *et al.*, 2015).

A ruptura epistemológica com mudança de paradigma ocorre retirando o foco biomédico da epidemiologia clássica, na qual adota a noção de causalidade como principal princípio. A epidemiologia clássica prioriza os fatores de risco em nível individual, desconsiderando os processos sociais diversificados e as estruturas responsáveis pela produção e manutenção das desigualdades em saúde (Breilh, 2003).

O campo desenvolveu-se no sentido de integrar abordagens interdisciplinares e transdisciplinares, salientando a determinação social da saúde como um processo dinâmico, regido por relações de poder, estruturas econômicas e contextos socioculturais (Spiegl *et al.*, 2017; Breilh, 2015). A relevância dessa mudança de paradigma evidencia-se nas grandes disparidades de desigualdade de saúde e nas forças estruturais participando na distribuição desigual de doenças que recai sobre as populações marginalizadas (Breilh, 2022; Spiegel *et al.*, 2015).

A epidemiologia crítica estrutura-se a partir de três categorias centrais — a determinação social da saúde, a reprodução social e o metabolismo sociedade-natureza — que, articuladas, constituem o referencial teórico voltado a discussão da amplitude dos impactos do processo de acumulação capitalista sobre a coletividade. Além disso, busca elucidar o efeito histórico e social desses fenômenos, explicando-os a partir da inter-relação entre os aspectos biológicos e sociais do processo saúde-doença (Breilh, 2013).

Os pesquisadores da epidemiologia crítica procuram explicar os impactos da expansão da acumulação capitalista sob a visão econômica, política e social, considerando mecanismos tecnológicos e culturais, a apropriação desigual de recursos vitais - como a terra, água e material genético - e as assimetrias das relações sociais, que se mostram de diferentes maneiras em grupos sociais distintos, ocorrem em função de renda e posição econômica como também por aspectos biológicos e culturais (Barreto, 2004).

Breilh (2006) conceitua a Determinação social de Saúde como a determinação social do processo saúde-doença, e fundamenta-se em uma perspectiva materialista, que compreende a saúde a partir dos processos sociais, econômicos, políticos, biológicos e econômicos. Sobre a diferença de Determinantes Sociais de Saúde versus Determinação Social de Saúde, Breilh define:

..diríamos que a noção de determinantes no âmbito conceitual, não deixa de ser causalista, portanto, não deixa de ser cartesiana. Não é como a determinação social, uma construção dialética da complexidade do objeto, desde o ponto de vista do sujeito do conhecimento; é uma perspectiva de um reformismo institucional-tecnocrático, enquanto a determinação é a perspectiva de um sujeito metacrítico concebido para explicar, de modo integral, os processos destrutivos do capitalismo 4.0. E em termos de práxis de gestão,

no caso dos determinantes, é uma práxis pensada desde uma noção vertical tecnocrática, estadocêntrica, ao passo que nós acariciamos uma visão de prática intercultural, transdisciplinar, junto com o povo, participativa (Breilh, 2021, p.75).

Segundo Breilh (2003), no contexto do trabalho, ao longo das últimas décadas, o sistema capitalista deixou de se limitar à exploração tradicional da força de trabalho e a extração de mais valia, anteriormente modulada por condições básicas de segurança no trabalho e bem estar social. Atualmente, o sistema ampliou os mecanismos utilizados para exploração e dominação social, reduzindo a subsistência ao mínimo necessário e criando barreiras à reprodução social e ecológica sustentável. A partir de 1980, houve uma crescente concentração e monopolização da economia. O avanço do projeto neoliberal, acompanhado de seus mecanismos de recomposição produtiva, desencadeou grandes transformações econômicas, sociais e trabalhistas, acarretando também a deterioração dos direitos humanos (Breilh, 2003). No Brasil, o marco da determinação social do processo saúde-doença exerceu forte influência na construção teórica da Reforma Sanitária, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na consolidação da Saúde Coletiva (Breilh, 1991). Esse entendimento orienta a Lei 8.080/90, que reconhece que a saúde depende de fatores como moradia, trabalho, renda, saneamento, ambiente e acesso a serviços essenciais (Brasil, 1990). A Constituição Federal de 1988 reforça que o direito à saúde deve ser assegurado por meio de políticas sociais e econômicas, evidenciando a relação entre modelo de desenvolvimento e condições de vida (Brasil, 2000; Pontes *et al.*, 2013).

A Saúde Coletiva, especialmente na tradição latino-americana, adota uma perspectiva crítica fundamentada no materialismo histórico-dialético para interpretar o adoecimento em populações submetidas às desigualdades sociais. A Teoria da Determinação Social da Saúde considera que os processos biológicos, sociais e territoriais são indissociáveis e devem ser analisados em suas dimensões estrutural, particular e singular (Egry *et al.*, 1996). Essa abordagem dialoga com análises clássicas como a de Engels (1884), que demonstrou a relação entre pobreza, condições de trabalho e mortalidade prematura entre trabalhadores ingleses.

Ao longo da segunda metade do século XIX e início do século XX, entretanto, houve um deslocamento da epidemiologia para modelos explicativos baseados na unicausalidade, que privilegiavam relações diretas entre uma causa e

uma doença. Esse enfoque reducionista limitou a compreensão dos determinantes sociais, ambientais, econômicos e culturais que influenciam o adoecimento (Ramos *et al.*, 2016). Em resposta, organismos internacionais como a OPAS e a OMS passaram a adotar modelos mais amplos de análise, incorporando forças motrizes, pressões ambientais, condições de exposição e efeitos sobre a saúde em uma cadeia multicausal (OPAS, 2000).

Ainda assim, a epidemiologia social latino-americana critica os modelos lineares e defende que o processo saúde-doença está diretamente relacionado ao modo como a sociedade organiza sua produção e se apropria da natureza. Como aponta Laurell (1982), o trabalho é a mediação central nessa relação, pois expressa tanto as formas de exploração quanto as possibilidades de proteção à vida. Assim, compreender o adoecimento exige considerar a totalidade social: as relações econômicas, políticas, culturais e ambientais que moldam o cotidiano dos trabalhadores (Rocha *et al.*, 2015).

Essa perspectiva é fundamental para estudos epidemiológicos contemporâneos, inclusive para a investigação do suicídio entre trabalhadores e trabalhadoras. Ao articular o biológico e o social, o individual e o coletivo, permite compreender como condições de trabalho, desigualdades, conflitos ambientais e processos territoriais influenciam o sofrimento psíquico e seus desfechos.

### 3.2 Epidemiologia do suicídio

Alguns autores entendem o suicídio como um fenômeno individual. A saúde coletiva compreende o suicídio como um conjunto de fatores, tanto individuais como sociais, econômicos, políticos, culturais, religiosos, filosóficos.

Durkheim estuda o suicídio com o intuito de demonstrar que o ato mais radical do ser humano pode ser inferido como um ato social. Em sua obra “O suicídio” (1897), Durkheim define o suicídio como:

“... todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado.

...se, em vez de vermos neles [nos suicídios] apenas acontecimentos particulares isolados uns dos outros e

que necessitam cada um por si de um exame particular, considerarmos o conjunto dos suicídios cometidos numa sociedade dada, o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, um todo de coleção, mas constitui em si um fato novo e *sui generis*, que possui a sua unidade e a sua individualidade, a sua natureza própria por conseguinte, e que, além disso, tal natureza é eminentemente social...”

Cada sociedade tem, portanto, em cada momento da sua história, uma aptidão definida para o suicídio”.

Nunes (1998) nos diz que Durkheim não foi quem criou a forma de ver o suicídio como um fenômeno sociológico, porém construiu um modelo coerente para sua explicação.

Em sua obra Durkheim (1897) divide o suicídio em quatro categorias: O suicídio egoísta: ego individual exacerbado frente ao ego social e perda de laços coletivos; suicídio altruísta: o ego não o pertence, existe uma subordinação exagerada às estruturas sociais, o indivíduo sente-se na obrigação de fazê-lo para sair de uma vida não mais suportável; suicídio anômico: ausência de regras em uma sociedade, crises sociais generalizadas, fora da normalidade social; por fim, o suicídio fatalista: remete a excesso de normas e retirada da liberdade.

Durkheim (1897) ainda afirma que fatores sociais como a família, a renda, o nível educacional, os grupos em que as pessoas estão inseridas, os amigos e a sociedade influenciam na produção de um episódio suicida, tanto para que ocorra quanto para evitá-lo. A maior proteção contra o suicídio é a convivência harmônica entre religião, família e sociedade.

As teses de Durkheim repercutiram de forma contundente nas ciências humanas e na saúde pública do Brasil, através do uso dos seus termos metodológicos e a investigação por pesquisas de base populacional e por séries temporais de seus primeiros achados (Ribeiro, 2018).

No âmbito mundial, no período de 2000 a 2019, o suicídio foi a quarta causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos para ambos os sexos, logo atrás de acidentes de trabalho, tuberculose e violência interpessoal. Vale ressaltar que houve queda de 36 % na taxa de mortes por suicídio no mundo, no entanto, a região das Américas foi única ao elevar as taxas nesse período (17%). A maior frequência das mortes por suicídio ocorrem em países de baixa e média renda (77%) e mais da metade (58 %) dos suicídios ocorrem em pessoas abaixo de 50 anos (WHO, 2021).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2019), o suicídio é mais frequente em homens (média de 12,6 por 100,000 habitantes) em relação às mulheres (média de 5,4 por 100,000 habitantes). Resultados similares foram encontrados no Brasil entre 1996 e 2015, apresentando uma tendência no aumento de suicídio entre homens nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste do país (D'êça Júnior *et al.*, 2019). No Brasil, entre os anos de 1997 e 2019 o coeficiente médio bruto geral de suicídio foi de 6,36 por 100 mil habitantes em adultos jovens, 2,34 por 100 mil habitantes correspondente ao sexo feminino e 10,39 por 100 mil habitantes no sexo masculino. Há uma maior proporção de suicídio entre os solteiros (79,02%). A única tendência de mortalidade proporcional ao suicídio que demonstrou-se decrescente é entre os casados, e estacionária nos demais estados civis (Arruda *et al.*, 2021).

Estudo realizado entre 2008 e 2018, no Brasil, nos diz que a cor da pele com maior representatividade de suicídio foi a parda (76,8%) e com escolaridade igual ou menor a sete anos de estudo (72,5%) (Silva, 2022). Os principais meios encontrados para cometer o suicídio foram enforcamento, ferimentos por arma de fogo e auto-envenenamento com pesticidas, respectivamente (Silva; Marcolan, 2019).

O Nordeste responde por 23 % dos óbitos por suicídio. O Ceará está em segundo lugar dessa região, com coeficiente médio de suicídio de 8 óbitos por 100 mil habitantes, ficando atrás apenas do estado do Piauí, com 9,16 óbitos por 100 mil habitantes (Arruda, 2021). De acordo com boletim epidemiológico da Secretaria de Saúde do Ceará, os métodos de suicídio mais comuns encontrados, de 2009 a 2023, foram enforcamento, auto-intoxicação por pesticidas e precipitação de lugares elevados, sendo o enforcamento responsável por quase três quartos dos casos (Secretaria de Saúde do Ceará, 2024). É importante ressaltar que a escolha do meio utilizado nas violências autoinfligidas abrange aspectos psicossociais, de gênero, aceitabilidade sociocultural, além da disponibilidade ao acesso (Bergen *et al.*, 2012).

A questão da saúde mental dos(as) trabalhadores(as) é atualmente uma das maiores demandas para os serviços de saúde do(a) trabalhador(a). As características técnicas e sociais da gestão e organização dos trabalhos atuais induzem uma série de sofrimentos físicos, psíquicos e sociais (Renault, 2005; Reunault, 2008; Gorz, 2005; Lazzarato, 2001).

Pesquisa realizada no estado do Tocantins apresenta dados de tentativas de suicídio entre 2010 e 2014, no que concerne à ocupação 33,38% estava incompleta, 19,66% eram estudantes, 16,46 % dona de casa, seguido de 5,18% trabalhadores domésticos (Fernandes *et al*, 2016). Na Bahia, entre o ano de 2010 a 2017, a distribuição percentual de ocupações segundo suicídio na população acima de 14 anos tem o setor agropecuário com maior prevalência (39,5%) seguido de produção serviços de bens e serviços industriais (15,1%) e aposentados (9,9%) (Lima *et al*, 2021).

No Ceará, de acordo com dados da Secretária de Saúde do estado, uma série histórica do ano de 2008 a 2022, foram notificados no SINAN-CE 684 casos de Transtornos Mentais Relacionado ao Trabalho (TMRT), nelas são incluídas as lesões autoprovocadas intencionalmente. O ano de 2021 foi o de maior prevalência com 91 casos, no início da pandemia de covid- 19, em 2020, tiveram apenas 33 casos. Dessa forma, pode-se entender que ocorreram subnotificações, uma vez que, em virtude da pandemia, houve um crescimento do adoecimento mental dos trabalhadores(as) no mundo (Ceará, 2023). É importante ressaltar que a presença de transtornos mentais não explica a totalidade do suicídio.

A exposição dos trabalhadores e trabalhadoras às suas respectivas atividades econômicas podem apresentar riscos à sua saúde. No caso das intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho podemos citar diferentes substâncias químicas em que estão expostos como: como poluentes no ar, compostos orgânicos voláteis, solventes, gases e líquidos (inflamáveis, explosivos, tóxicos) (Secretaria de saúde do estado do ceará, 2023).

No mundo, cerca de 50% da força de trabalho é empregada na agricultura e a exposição destes trabalhadores aos agrotóxicos representa o risco ocupacional mais importante. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) deduz que anualmente haja 70.000 casos de intoxicações agudas e crônicas entre os trabalhadores rurais (OIT, 2005).

O Centro Holandês de Informações sobre Intoxicações aponta que menos de 3% dos casos de intoxicações exógenas envolvem exposição aguda relacionada ao trabalho, ainda, o número de intoxicações ocupacionais aumentaram e dobraram de 2015 para 2019. A maioria dos incidentes ocorreram nas indústrias (25%), seguida

de indústria de instalação e construção (14%) e agricultura (10%). A maior frequência de exposição ocorreu em durante atividades de limpeza (33%). As principais causas destes acidentes foram: fatores técnicos, como embalagens danificadas (24%) e aparelhos defeituosos (10%), fatores organizacionais, como falta de instruções de trabalho (44%) e má comunicação ou planejamento (31%), e fatores pessoais, como desrespeito às instruções de trabalho (13%), não uso (adequado) de equipamentos de proteção individual (12%) e circunstâncias pessoais (50%), como imprecisão, pressão de tempo ou fadiga (Wijnands et al, 2022).

Dessa forma, é essencial entender que a população trabalhadora é vulnerabilizada pelos processos de produção, trabalho e ambiente em que se inserem e pelo modo de desenvolvimento que o mundo atua, especificamente pelo modelo capitalista. Faz-se necessário o fortalecimento de políticas públicas efetivas para essa população que teçam os componentes saúde, trabalho e ambiente, pois esses estão entrelaçados. Ainda sobre os fatores relacionados à ocupação, o efeito dos agrotóxicos sobre a saúde humana ocorre principalmente pela contaminação de trabalhadores que lidam diretamente com o manuseio do produto bem como sua aplicação (Soares *et al.* 2003). Os mais atingidos pela contaminação seriam os trabalhadores rurais responsáveis pela aplicação do produto quando comparados aos consumidores de alimentos.

Nesse sentido, é fundamental pesquisas que pautam a saúde do trabalhador e da trabalhadora para dar visibilidade a essa população, compreender os aspectos socioeconômicos, demográficos, culturais dessas pessoas e planejar ações a partir disso.

### **3.3 Histórico das políticas públicas de saúde mental no Brasil**

O conceito de loucura sofreu transformações profundas ao longo da história, acompanhando mudanças sociais, políticas, culturais e científicas. Na Idade Média, a loucura era frequentemente associada à possessão demoníaca, e indivíduos considerados “loucos” eram submetidos a punições violentas, incluindo execuções em fogueiras (Ferreira *et al.*, 2016). Posteriormente, passou-se a tratá-los como sujeitos “pobres de espírito” ou “doentes da alma”, conforme interpretação moral e religiosa predominante à época (Foucault, 2002).

Com o advento da Idade Moderna, consolida-se a concepção da loucura como doença, e o Ocidente presencia o surgimento dos hospitais psiquiátricos enquanto instituições destinadas ao confinamento e tratamento médico dessas pessoas. A Revolução Francesa trouxe novos princípios de defesa da dignidade humana, e Philippe Pinel foi reconhecido como pioneiro na humanização do cuidado, ao propor a retirada das correntes e a adoção de práticas terapêuticas voltadas à reabilitação (Tundis *et al.*, 2000). Apesar desses avanços, os hospitais psiquiátricos reproduziam práticas desumanizadas, sustentadas por isolamento, violência institucional e forte tutela médica. Esse cenário fomentou críticas que, posteriormente, dariam origem ao movimento de Reforma Psiquiátrica (Ferreira *et al.*, 2016).

Na contemporaneidade, a loucura permanece sob domínio do campo médico, e o sujeito com transtorno mental passa a ser representado como alienado, incapaz juridicamente e colocado em condição de minoridade civil, conforme interpretação de Castel (1978).

No Brasil, o final do século XIX, após a Proclamação da República, marcou o início da produção científica da psiquiatria e a expansão de instituições destinadas ao cuidado de pessoas com transtornos mentais. No século XX, surgem as primeiras iniciativas de organização do campo da saúde, aprofundadas a partir de 1930, quando eugenia e higienismo influenciaram a formulação das práticas sanitárias, incluindo a saúde mental (Amarante *et al.*, 2018).

O higienismo defendia que a desordem social e o mau funcionamento das cidades poderiam originar doenças, cabendo à Medicina intervir sobre os componentes naturais, urbanos e institucionais para neutralizar riscos. Assim, constituiu-se como uma “ciência social”, articulando Estatística, Geografia, Demografia e Topografia, tornando-se instrumento de planejamento urbano. As grandes reformas urbanas passaram a ser justificadas como intervenções sanitárias; o hospital transformou-se em “máquina de curar”; o hospício tornou-se espaço disciplinar e segregador; a escola e a prisão passaram a ser redesenhadas segundo princípios higienistas; e formas alternativas de cuidado foram progressivamente marginalizadas (COSTA, 1984).

Nesse contexto, a eugenia preventiva e as políticas de higiene mental

resultaram na criação de hospitais e colônias agrícolas destinadas ao internamento de pessoas com transtornos mentais, hanseníase e tuberculose (Amarante *et al.*, 2018).

Com a redemocratização e a queda da ditadura militar em 1985, o papel do Estado na saúde foi fortalecido, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8.080/1990, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Medeiros *et al.*, 2018).

A Reforma Psiquiátrica brasileira, influenciada pela Reforma Sanitária e impulsionada por trabalhadores da saúde, usuários e familiares, emergiu como uma crítica ao modelo manicomial, marcado pela exclusão e pela violação sistemática de direitos humanos. Defendia-se um novo paradigma de cuidado, territorializado, comunitário e voltado à promoção da autonomia (Medeiros *et al.*, 2018).

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, representou um marco na consolidação desse processo, ao propor a substituição progressiva dos manicômios e o redirecionamento do modelo assistencial para serviços comunitários. Nesse contexto, foi estruturada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo objetivo é ampliar o acesso, garantir continuidade do cuidado, promover acompanhamento longitudinal e fortalecer práticas de cuidado baseadas no território (Sampaio *et al.*, 2021).

A lei também institucionalizou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços estratégicos na rede, responsáveis pelo acompanhamento clínico, pela reabilitação psicossocial e pela reinserção social das pessoas com transtornos mentais, por meio do acesso ao trabalho, lazer, convivência comunitária e exercício de direitos (Ferreira *et al.*, 2016).

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi amplamente influenciada pela experiência italiana, especialmente pelas ideias de Franco Basaglia e pelo princípio da “tomada de responsabilidade”, que atribui aos serviços comunitários o compromisso com a saúde mental da população de um território específico (Nicácio, 1994; Delgado, 1999). Essa abordagem reforça a articulação entre profissionais, usuários, familiares, vizinhos e demais atores na construção do cuidado (Silva, 2005).

Assim, evidencia-se a importância da continuidade, do fortalecimento e da ampliação das políticas públicas de saúde mental. Estudos que aprofundem a compreensão histórica, política e social do cuidado são fundamentais para subsidiar

práticas e políticas comprometidas com a dignidade, os direitos humanos e a transformação social.

### **3.4 Histórico das políticas públicas de saúde do trabalhador e da trabalhadora no Brasil**

No mundo, as formas de adoecer e morrer entre os trabalhadores sofreram mudanças decorrentes da estruturação da economia e dos modelos de produção e de gestão do trabalho. No Brasil, em 2019, os transtornos mentais representaram a terceira causa de afastamentos do trabalho por auxílio-doença, sendo 9% do total, e destes 5% são relacionados ao trabalho (Brasil, 2024).

O trabalho da população e suas condições são reconhecidas como parte do processo saúde-doença. Devido a reforma sanitária, com a Constituição Federal de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, o trabalho e suas condições são afirmadas e incluídas nas políticas públicas de saúde (Silva-júnior & Fischer, 2014). O avanço científico da medicina preventiva, da medicina social e da saúde pública, durante os anos 1960/1970, amplificou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua interação com o trabalho. Na saúde pública, essa nova forma de compreender a relação trabalho-saúde e de intervir no mundo do trabalho introduz práticas de atenção à saúde dos trabalhadores, no âmbito das propostas da Reforma Sanitária Brasileira (Dias, 1994; Lacaz, 1994).

Sendo assim, a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) ocorreu em 2002, com isso adveio o fortalecimento do campo da saúde do trabalhador. A finalidade era implementar políticas públicas para a promoção, vigilância e assistência, especialmente por meio dos Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Os CEREST têm conquistado muitos avanços no SUS, uma vez que são um atendimento especializado, no entanto, ainda necessitam de um maior desenvolvimento em políticas públicas, instrumentos ou protocolos orientadores voltados para a saúde mental do trabalhador. Algumas equipes recebem demandas para investigar categorias profissionais e setores onde os problemas têm aparecido com maior intensidade, como por exemplo dos profissionais da educação e saúde (Leão *et al.*, 2014).

Nesse âmbito, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) foi instituída em 2012 e tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Além disso, esta política coloca o trabalhador como sujeito atuante através dos seus conhecimentos técnicos, saberes, experiências e subjetividades (Brasil, 2012).

Essa política segue com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (Brasil, 2012).

A exposição dos trabalhadores a riscos físicos, químicos, ergonômicos, psicossociais e/ou biológicos provenientes da execução da atividade laboral pode resultar em doenças e agravos ocupacionais. O trabalho representa uma dimensão fundamental na estruturação do ser humano e da sociedade, no entanto, o trabalho, tanto no que se refere ao desenvolvimento de suas capacidades como à garantia das condições materiais de sobrevivência, tem se mostrado, ao longo dos tempos, como promotor de sofrimentos, adoecimentos e morte (Aragón *et al.*, 2011; CONASS, 2011).

A população trabalhadora apresenta doenças ou até mesmo morte por causas relacionadas ao trabalho, como consequência direta das atividades profissionais que exercem ou exerceram, ou pelas condições em que seu trabalho é ou foi realizado. Dessa forma, o trabalho impacta sobre o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores, contribuindo para os acidentes de trabalho e as chamadas doenças profissionais e nas chamadas doenças relacionadas com o trabalho, de forma indireta (CONASS, 2011).

### **3.5 Vigilância em saúde do trabalhador(a)**

A atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador(a) (VISAT) é voltada para a intervenção nos ambientes, processos e formas de organização do trabalho originadoras de agravos à saúde, a partir disso, passa-se a incorporar a dimensão de prevenção da saúde do trabalhador. Visto isso, visualizou-se que com as ações

interventoras de vigilância é possível interromper o ciclo de doença e morte no trabalho. Esta dimensão prevencionista de atenção à saúde cabe, principalmente, à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, por meio dos CEREST, os seus núcleos executivos de ação efetiva (Vasconcelos *et al.*, 2014).

Apesar da RENAST ser norteadora dessas ações no campo da saúde do trabalhador (ST), fazer essa vigilância implica a articulação de ações intrasetoriais e intersetoriais no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS), abrangendo a coleta, análise, interpretação e disseminação de informações epidemiológicas, bem como o planejamento e a execução de estratégias e intervenções direcionadas à proteção e ao cuidado integral da população trabalhadora (Silva *et al.*, 2023).

A VISAT ainda encontra desafios para sua consolidação efetiva como política pública. A insuficiência de articulação e integração dos pontos da rede comprometem sua implementação nos serviços de saúde, relevando a distância entre as determinações normativas e sua operacionalização concreta no SUS (Aguiar *et al.*, 2015). A articulação entre as vigilâncias, a APS, o nível secundário, nível terciário, Ministério do Trabalho, Ministério da Previdência Social, Ministério do Meio Ambiente, entre outros, são essenciais para o funcionamento pleno da VISAT, além da regionalização das ações.

Ainda, destaca-se o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto da saúde do trabalhador, atuando como porta de entrada e favorecendo a descentralização das ações de ST em todo o território. Além disso ampliou-se o acesso dos trabalhadores a uma assistência qualificada e resolutiva. Tal estratégia também possibilitou que os serviços locais desenvolvessem uma compreensão mais ampla acerca das interações entre os modos de vida e de trabalho e seus impactos sobre as condições de saúde e adoecimento da classe trabalhador (Silva *et al.*, 2021). Isso é possível, pois as unidades básicas de saúde são os serviços que estão dentro do território com os profissionais que devem conhecer a comunidade e os seus problemas de saúde naquela localidade.

A literatura científica deve ter o propósito de levar à reflexão e impulsionar uma tomada de decisão em saúde pública. A vigilância é uma informação para a ação (Santana *et al.*, 2009). Dessa forma, neste estudo busca-se informações para embasar futura tomada de posição e produzir conhecimento para a *práxis*. Dentre as ações do CEREST no âmbito da RENAST, podemos citar: oferecer suporte

técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores; fornecer apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, assim como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de ST, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e consolidando-se como pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e sustentadas em fundamentos epidemiológicos (Brasil, 2012).

O CEREST CE foi habilitado em 2003, conforme Portaria do Ministério da Saúde – GM/MS SAS nº 109/2003, e inaugurado, em 05 de agosto de 2005. Dentro da estrutura Organizacional da Secretaria de Saúde do Estado (Sesa/CE), o Cerest/CE desde o ano de 2016 se insere na Coordenadoria de Políticas Públicas (Copas), através do Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador (Nuast) (Secretaria de saúde do ceará, 2024).

Conforme o organograma da SESA de 2024, o CEREST compõe a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Mantém articulação com a Secretaria Executiva Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional, com a Célula de Vigilância e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Cevit), da Coordenadoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador e com a Coordenadoria de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde (CGTES), as 5 Superintendências Regionais de Saúde e demais setores estratégicos da Secretaria da Saúde do Estado. No total, o Ceará possui 9 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, sendo um Cerest Estadual e 8 Cerests Regionais (Secretaria de saúde do ceará, 2024).

Além disso, no ano de 2021 aprovou-se a resolução nº 100/2021 CIB/CE para o projeto de implantação das referências técnicas em saúde do trabalhador, obedecendo a resolução nº 603/2018 que apresenta a proposta de reorganização da Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores no SUS tendo por objetivo desenvolver uma nova organização do CEREST para corrigir assimetrias existentes entre as regiões.

Segundo a resolução nº 603/2018, umas das competências da referência técnica em saúde do trabalhador é a gestão da Saúde do Trabalhador em âmbito

regional, especialmente o apoio institucional e técnico aos municípios sob sua jurisdição. Este (s) técnico (s) (são) responsável (is) também por assegurar a execução das ações de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos municípios, contribuindo para a implantação da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no território sob sua responsabilidade (Brasil, 2018).

Desse modo, a Portaria nº925/2024 de 2024 institui a Política de Saúde das Trabalhadoras e dos Trabalhadores no estado do Ceará, que tem como principal objetivo “promover a integralidade das ações de promoção, prevenção e proteção de saúde aos trabalhadores, considerando o ambiente, o processo e as relações de trabalho”. Os eixos integrantes dessa política são: Gestão da Saúde da Trabalhadora do Trabalhador, Vigilância em Saúde do Trabalhador; Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador; Educação Permanente em Saúde; Promoção da Saúde; Gestão Participativa. Sendo assim, essa política pública representando um grande avanço para a saúde dos trabalhadores do Ceará, no sentido também de apoiar a integração nos níveis de atenção à saúde, auxiliar nas ações intersetoriais e principalmente, fortalecer os mecanismos de controle social.

### **3.6 A determinação social do suicídio e tentativas de suicídio entre trabalhadores**

O suicídio é percebido como um evento multifatorial, há uma complexa interação entre fatores causais individuais, sociais e ambientais (OMS, 2000). Compreender esse processo é parte para a construção de intervenções precoces nos espaços sociais comunitários.

No contexto do suicídio, apesar de os estudos reconhecerem a relevância da determinação social, a principal abordagem da suicidologia continua pautada nas estatísticas dos 90 % em que os casos de suicídio estariam relacionados a transtornos de saúde mental. Nessa perspectiva, é estabelecida como certa a relação causal entre suicídio e saúde mental, determinando-a como principal ponto de partida das ações de prevenção (Weber *et al.*, 2020). Contudo, é necessária a reavaliação desse diagnóstico, tendo em vista que há um significativo aumento de determinadas taxas nacionais de transtornos mentais, relacionado à desigualdade no crescimento dessas taxas entre grupos historicamente marginalizados, entendendo que também existem aspectos ideológicos e políticos nesse tema (Hjelmeland *et al.*, 2017).

A discussão sobre o suicídio, muitas vezes, menospreza as questões

políticas, históricas e sociais envolvidas nesse problema. Porém, o pressuposto aqui colocado diz “[...] toda e qualquer morte traz à tona algo sobre a sociedade em que ela acontece” (Neto, 2013, p.17).

Dentro da sociedade capitalista, a individualização é imposta para que os sujeitos tornem-se os únicos responsáveis pelas suas condições de vida, inclusive a saúde. Assim, retira-se a responsabilidade do Estado de prover políticas públicas e reflete-se o sistema econômico que produz iniquidades e vulnerabilidades sociais (Pinheiro *et al.*, 2023).

Nesse sentido, entendemos aqui o que Araújo (2023) traz como definição de suicidamento convergindo com a Determinação Social de Saúde:

Conceito de suicidamento - eventos que vão encurralando as pessoas em situações das quais elas não conseguem mais criar saídas ou que esgotaram suas capacidades de respostas - pode ser um conceito promissor. Ou seja, concebe-se o suicídio não como um ato da vontade do indivíduo, mas sim como resultante de sucessivas pressões e aviltamento pessoal que levam a essa situação trágica. Com base nesse conceito, admite-se o suicídio a partir de uma rede complexa de determinantes. (Araújo, 2023, p.152).

Os elementos sociais, econômicos, políticos, tornam o suicídio como uma possível saída para o indivíduo, estes estão atrelados à instabilidade econômica, ao ambiente de trabalho insalubre, a uma família de origem disfuncional, à vivência em comunidades violentas, entre outros aspectos (Pesce *et al.*, 2004; Polleto *et al.*, 2008; Marzana *et al.*, 2010). Tais características aumentam as chances de problemas físicos, emocionais e sociais (Poletto *et al.*, 2008). Diversos campos de estudo se propõem a estudar a temática de suicídio e tentativas de suicídio, principalmente a sociologia, a psicologia, a filosofia e a medicina (TORO *et al.*, 2013). Na concepção epidemiológica, o suicídio é estabelecido como fenômeno multifatorial e manifesta-se como um pedido de ajuda, reconhecível e previsível, que necessita de suporte e de uma resposta imediata (Lovisi *et al.*, 2009; Meleiro, 1998).

A sociedade capitalista é permeada pela injustiça social e exploração dos trabalhadores onde segundo, Marx (2004) “[...] a valorização do mundo das coisas, aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens”. Desse modo, o sofrimento expressa as consequências do avanço do modo de produção desse sistema, que se intensifica na mesma medida em que há um número crescente de

indivíduos submetidos a múltiplas formas de violência e à falta de acesso a condições básicas de vida, sublinhadas por desigualdades de classe, raça, gênero, sexualidade e outras dimensões sociais (Pinheiro *et al.*, 2023).

O neoliberalismo é uma ideologia política que está dentro do capitalismo e naturaliza as desigualdades sociais, pois se detém na ideia de uma sociedade igualitária, supondo que todos recebem oportunidades homogêneas. Nesse sentido, o individualismo característico da sociedade neoliberal reforça a concepção de que os seres humanos são os únicos responsáveis por usufruir, ou não, das condições que lhe são disponibilizadas (Boock, 2004). Além disso, pode exercer impactos substanciais na saúde mental ao gerar condições propícias à ampliação das iniquidades sociais, comprometer os direitos humanos e fragilizar sistematicamente o bem-estar individual. O sofrimento psicológico se mostra de várias formas, visto que o neoliberalismo foca na exploração e precarização da subsistência (Breilh, 2003). Assim, o trabalho precarizado advindo dessa exploração e a exclusão social realizada de diversas formas, colocando aqui as diferenças de gênero, classe e raça, grupos marginalizados, se entrelaçam e podem consituir o percurso da deteriorização da saúde do trabalhador.

De acordo com Marx e Engels (1998), o conceito de classe divide a sociedade capitalista em duas classes principais e opostas, a burguesia e o proletariado. Estudar a natureza das tentativas de suicídio e suicídio presentes entre trabalhadores e trabalhadoras requer uma abordagem sensível ao assunto, pois existem as diferenciações sociais e estruturas de poder presentes nas relações do ambiente de trabalho.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) atenta para o fato de que acontecimentos como o estresse e a violência no trabalho implicam em repercussões significativas sobre a saúde dos(as) trabalhadores(as), exigindo das nações “tratar os riscos psicossociais e colocar em prática medidas de prevenção mais adequadas” (OIT, 2011).

No contexto do marco neoliberal, pela corrente precarização social do trabalho, as transformações ocorridas na sociedade ocasionam modificações micro e macrosociais que fragilizam e tornam instáveis e prejudicadas as relações entre as pessoas, incluindo o seu vínculo com as organizações (Torres *et al.*, 2016; Vargas,

2016) e com o próprio trabalho (Almeida *et al.*, 2016; Oda, 2016). Dessa forma, é importante verificar os aspectos que podem influenciar o suicídio ou as tentativas de suicídio por meio de estudos que buscam minimizar a ocorrência desse agravo à saúde, a fim de mapear fatores individuais, coletivos e contextuais que impactam na incidência do ato suicida em diferentes espaços.

A interseccionalidade na saúde do trabalhador também merece destaque, visto que a dinâmica das tentativas de suicídio é múltipla. Dessa forma, as relações interseccionais de poder podem influir nas relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade (Collins *et al.*, 2021). Considera-se como uma ferramenta analítica as categorias de cor da pele, classe social, gênero, orientação sexual, etnia, faixa etária, entre outras. Essas atuam de forma interdependente. Sob perspectiva do materialismo essas relações de gênero, cor da pele, classe social são relações de produção, e nelas se entrelaçam formas de poder, de dominação, de exploração e de opressão (Kergoat, 2010). Dito isso, é possível encontrar no estudo descritivo diferenciações entre esses grupos, assim como observado em diversas pesquisas.

De acordo com a OMS (2021), encontraram alta taxa de suicídios em grupos sociais marginalizados (povos originários, LGBTQIAPN+, refugiados, migrantes e população carcerária). Ainda dispõe sobre as dificuldades de mensuração dos dados mundialmente e discute sobre o tabu e a estigmatização do assunto. No Brasil, os maiores percentuais de mortalidade por suicídio foi entre indígenas, indivíduos com ensino médio ou superior e solteiros. Nas violências atropeladas as maiores proporções de notificações deu-se entre mulheres, adultos jovens, solteiros e pessoas com alguma deficiência ou transtorno (aproximadamente um terço do total de casos) (Brasil, 2024).

No Brasil, a população indígena apresenta taxas de suicídio três vezes maior que a população em geral. (Brasil, 2024) Vários estudos apontam nesse sentido e tentam dar explicações como o consumo abusivo de substâncias psicoativas, as transformações socioculturais em virtude do contato com a sociedade não indígena, com abandono das tradições e conseqüente enfraquecimento cultural, a deterioração de laços familiares e comunitários, a falta de acesso à educação e ao trabalho, o confinamento territorial, entre outros. Isto posto, são necessárias pesquisas que investiguem a vulnerabilização dessa população, no fenômeno do suicídio, resultantes dos processos históricos que as atingiram (Souza, 2013; Souza *et al.*,

2020; Brasil, 2019).

No que concerne ao suicídio e sua relação com os gêneros, é importante apontar o “paradoxo do suicídio”. Este conceito é utilizado para denominar a situação em que os homens morrem mais por suicídio, ao passo que as mulheres demonstram mais ideação suicida e tentativas de suicídio. Deste modo, constata-se que as mulheres possuem um maior comportamento suicida no geral. Dessa forma, estudo sobre tentativas de suicídio no Brasil de 2010 a 2018 demonstra uma maior prevalência para as mulheres (68%) (Beautrais, 2006 & Meneghel *et al.*, 2012).

A redução da desigualdade de gênero é considerada um fator de proteção às mulheres no que diz respeito a todos os tipos de violência, inclusive as autodirigidas. À vista disso, uma pesquisa realizada em 33 países em desenvolvimento demonstrou que as taxas de suicídio de mulheres eram menores em países com estruturas sociais que pautam a igualdade de gênero (Rudmin, 2003).

Portanto, o termo gênero envolve relações desiguais de poder. Dessa forma, homens heterossexuais e cisgênero historicamente detêm maior poder em relação às mulheres e aos corpos feminizados (Zanello, 2018; Segato, 2012).

Ainda, a colonialidade participa como fator fundamental para conceder o valor das vidas dentro do capitalismo (Lima *et al.*, 2021). A população negra representa 54% do Brasil, no entanto, estudos que identifiquem o quanto dessa população morre por suicídio ainda é escasso. Nesse sentido, observa-se a invisibilidade das mortes por suicídio resultantes do racismo estrutural e institucional nessa população que historicamente é marcada por iniquidades sociais, submetidas a extremo sofrimento físico, psíquico e social (Tavares, 2017). Em publicação que se refere a mortes por armas de fogo, houve aumento de 46,9% das vítimas negras, entre os óbitos 70,5% dos casos de homicídio e 37,8% dos suicídios ocorreram com negros (Waiselfisz, 2016).

No que concerne ao estado civil, o casamento atua como fator protetor para o suicídio, assim como, a viuvez é considerada um componente de risco, principalmente entre homens. Alguns outros temas relacionais, como o divórcio e os conflitos conjugais, têm sido consideradas como contribuição para a apresentação de comportamentos suicidas em ambos os gêneros. Além disso, violência na infância, como o abuso sexual, está associado ao maior risco do comportamento suicida

(Schrijvers *et al.*, 2012; Kyung-Sook *et al.*, 2018; Castellvi *et al.*, 2017; Ng *et al.*, 2018).

Sobre a psicodinâmica do trabalho, Dejours *et al.* (2007) retomam tais preceitos para conectar o suicídio com a fragilização das defesas estabelecidas pelos trabalhadores no ambiente laboral, as quais foram impactadas pela dinâmica neoliberal recentes de organização da produção. Dentre essas práticas, ressaltam-se ações de gestão que enfatizam o individualismo, a segregação entre os colegas e a promoção dos valores institucionais em favor da máxima produtividade, sem consideração acerca dos valores sociais do trabalhador (Dejours, 2010).

Essa oposição entre o sujeito social e o trabalho resulta na anulação das estratégias coletivas de defesa dos indivíduos nas organizações, o que pode trazer a fragilidade psíquica do trabalhador e a alienação do grupo social, tornando o ambiente de trabalho e o ato produtivo um fazer ausente de sensação de pertencimento e de sentido (Dejours, 1992).

No Brasil, entre 2004 e 2014, os coeficientes de mortalidade por lesão autoprovocadas intencionalmente apresentou tendência crescente para a faixa etária de 20 a 59 anos (Pinto *et al.*, 2017). É importante assinalar que essa população é constituída de sujeitos em atividade, isto pode levantar questionamentos. Apesar de não demonstrar relação direta entre suicídio e trabalho são necessários estudos que abordam mais essa questão.

São reconhecidas exposições de risco como a facilidade do acesso a meios letais (por exemplo, armas, medicamentos e agrotóxicos); exposição aguda ou crônica a produtos neurotóxicos como, por exemplo, pesticidas e solventes; situações traumáticas, violentas e letais (como no caso de policiais e bombeiros) (Vieira *et al.*, 2023); e as situações ou condições determinadas por fatores psicossociais e da organização do trabalho que incluem exigências psicológicas, grau de autonomia (Karasek, 1979) e apoio social (Karasek, 2008), reconhecimento profissional e a satisfação no trabalho (Siegrist, 1996), exigências cognitivas e conteúdo das tarefas, relações interpessoais e de liderança, suporte social, exposição a diversas formas de violência, assédio moral e sexual no trabalho, segurança no emprego e práticas de gestão organizacional (Kristensen *et al.*, 2005; Pejtersen *et al.*, 2010).

O suicídio é reconhecido como a etapa final de um processo antecedente

que varia em duração, com uma dinâmica singular em que pensamentos e tentativas suicidas podem ocorrer. Estes compõem um processo suicida (O’connor, 2021).

Existem diversas classificações aplicáveis para o risco de suicídio, uma delas é proposta com escala de 0 a 6, sendo 0: nenhuma perturbação ou desconforto; 1: leve perturbação emocional; 2: ideias vagas de morte; 3: ideias vagas de suicídio; 4: ideias de suicídio, sem transtorno mental; 5: ideias de suicídio, com transtorno mental ou estressor social grave; 6: ideias de suicídio, com transtorno mental ou estressor social grave ou agitação e tentativa prévia (Bertolote *et al.*, 2010). Dessa forma, nota-se que o fato de haver algum transtorno mental presente ou mesmo ideias suicidas representam um risco.

Em 2012, foram registradas 11.821 mortes, sendo 9.198 homens (seis óbitos por 100 mil habitantes). Entre 2000 e 2012, houve um aumento de 10,4% nestes óbitos, sendo o aumento de 17,8% entre mulheres e 8,2% entre os homens (Almeida *et al.*, 2015).

A literatura demonstra como um dos principais achados é que as mulheres realizam mais tentativas de suicídio do que os homens (Bommersbach *et al.*, 2022; Richardson *et al.*, 2022) . Essa tendência corrobora com o estudo de Veloso *et al.* (2017). Dentre os fatores que tornam as mulheres mais suscetíveis ao comportamento suicida estão a violência doméstica, a maior exposição ao abuso sexual na infância, a vulnerabilidade frente a estressores psicossociais e ao desenvolvimento de psicopatologias, além de aspectos culturais relacionados à igualdade de gênero (Vijayakumar, 2015).

A partir da revisão de literatura percebemos a notabilidade da saúde mental na contemporaneidade, em específico o suicídio e as tentativas de suicídio entre a classe trabalhadora. Além disso, percebe-se que em vários estudos não aparecem a ocupação das vítimas, isso demonstra uma limitação do tema e aponta o panorama da gravidade dessa relação.

Estudo realizado no período de 2002 a 2013, no Brasil com o objetivo de descrever as internações hospitalares em razão de lesões autoprovocadas intencionalmente atendidas no Sistema Único de Saúde revela que as intoxicações exógenas autoprovocadas intencionais por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas foram causadores das maiores taxas de internação total (Monteiro

*et al.*, 2015).

A análise temporal por joinpoint demonstrou tendência crescente na mortalidade por suicídio em todos os nove estados do Nordeste brasileiro. Dentre esses, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco e Piauí apresentaram crescimento estatisticamente significativo (Silva *et al.*, 2022).

Rodrigues *et al.* (2020) verificou que no período de 2014 a 2018, dentre os estados do Nordeste, o Ceará é o estado com a maior prevalência de notificações de suicídio com 22,1%, seguido por Bahia (17,4%) e Pernambuco (14%).

Estudo demonstra que a associação entre suicídio e transtornos mentais é de mais de 90% (Barbosa *et al.*, 2011). Dentre esses, os mais comumente associados são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas (Botega, 2014).

Pesquisas mostram uma associação positiva entre baixo nível educacional e suicídio, pois a baixa escolaridade de um indivíduo pode repercutir negativamente em sua vida social e financeira, aumentando o risco de desemprego e problemas econômicos, e podendo resultar em sentimentos de desesperança e culpa. Esses fatores podem influenciar a ideação suicida (Brasil, 2018; Machado *et al.*, 2015; Haghparast-Bidgol *et al.*, 2018).

Em relação aos pesticidas, estudos demonstram associação de exposição a agrotóxicos e alterações comportamentais e psiquiátricas, além de outros agravos à saúde (London *et al.*, 2012). Beseler *et al.* (2008) revela que nos Estados Unidos a exposição ocupacional a agrotóxicos foi associada ao aumento do risco de depressão. Um estudo realizado no semiárido de Minas Gerais identificou que a ideação suicida entre camponeses vivendo sob exposição a agrotóxicos é maior que entre os camponeses envolvidos com práticas agroecológicas (Gonzaga *et al.*, 2021). Com esses dados podemos entender que o meio ambiente e as substâncias ao que os trabalhadores são expostos são um aspecto importante na influência do adoecimento mental desses trabalhadores.

Segundo Lima (2003), determinados cargos e funções, quando o dispêndio de energia do trabalhador está diretamente vinculado a aspectos negativos do trabalho, podem colocar os trabalhadores e trabalhadoras em situações prejudiciais à sua saúde mental.

Codo (2002) considera que o transtorno mental ocorre apenas quando o sofrimento psíquico atinge áreas da vida que são significativas, uma dessas áreas pode ser o trabalho. Atividades laborais que sucedem repetição de tarefas, pressão de tempo e sobrecarga de trabalho, além de conflitos interpessoais, apresentam maior propensão a serem percebidos como fatores estressores (Minayo *et al.*, 2008).

Ademais, algumas ocupações possuem estudos que demonstram uma crescente elevação dos números de suicídios, como os profissionais da enfermagem (BARBOSA *et al.*, 2012) e os profissionais de segurança pública (Patterson *et al.*, 2014). Baggio *et al.* (2009) evidencia que a rotina de trabalho da enfermagem pode apresentar alguns elementos capazes de comprometer o processo de viver saudável dos seus trabalhadores, tornando-os mais suscetíveis à depressão e ao cansaço. O estresse no trabalho policial foi relacionado com maior probabilidade de síndrome de *burnout* (esgotamento físico e mental intenso, debilitante e diretamente associado a questões profissionais), depressão, problemas conjugais, abuso de substâncias e, finalmente, suicídio. Assim, o espectro suicida (ideação, comportamento, tentativa e suicídio efetivo) pode apresentar variação entre grupos ocupacionais (Patterson *et al.*, 2014).

Diante disso, podemos perceber que os riscos ocupacionais vão de questões ambientais em que os trabalhadores e trabalhadoras são expostos à questões socioeconômicas, históricas, psicossociais que se impõem a partir do trabalho.

Compreender e caracterizar os possíveis fatores envolvidos nas tentativas de suicídio e/ou suicídio torna-se essencial para estudos relacionados à saúde do trabalhador e da trabalhadora, visto que algumas ocupações podem ser mais propensas a esses agravos, representando assim um risco ocupacional.

### **3.7 Política de prevenção ao suicídio**

A Organização das Nações Unidas (ONU) define como uma meta dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) a redução de pelo menos um terço da taxa global de suicídio até 2030 (UNESCO, 2017).

O Brasil possui uma política de prevenção ao suicídio (Brasil, 2019). O Ministério da Saúde do Brasil inseriu as condições de trabalho em suas estratégias de

vigilância e prevenção ao suicídio (Brasil, 2017). Em 2020, houve a atualização da “Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho”, onde reconheceu as lesões autoprovocadas intencionalmente como potencialmente relacionadas ao trabalho e incluiu os fatores psicossociais e da organização do trabalho como condições laborais de risco para o suicídio (SESAB, 2020). Em 2023, *burnout* e tentativas de suicídio foram incluídos, assim com a ampliação da lista de transtornos mentais. Além disso também menciona substâncias químicas presentes no trabalho que podem causar danos à saúde do trabalhador (Brasil, 2023).

A Política Nacional de Prevenção de Automutilação e Suicídio foi instituída em 2019 por meio da Lei 13.819/2019, tendo como objetivos a promoção da saúde mental, prevenção da violência autoprovocada, controle de indicadores, entre outras medidas que envolvem a rede de atenção à saúde psicossocial, a intersetorialidade e a promoção da notificação dos casos (Brasil, 2019). Isto posto, entende-se a importância do fortalecimento dessa política através de pesquisas que envolvam a caracterização desses eventos para promover informações e auxiliar na tomada de decisões para ações mais efetivas.

No Ceará, no ano de 2023, foi instituída a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral ao (à) trabalhador(a) com transtorno mental relacionado ao trabalho”. Essa linha de cuidado tem por objetivo implementar e fortalecer o cuidado ao trabalhador com sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, contribuindo para uma melhor identificação e manejo por parte dos profissionais de saúde do quadro de TMRT, promoção da saúde mental do trabalhador(a), prevenção dos TMRT e monitorar os indicadores de saúde dessa classe integradas às políticas públicas (Ceará, 2023).

### **3.8 Sistemas de informação em saúde**

Os sistemas de informação em saúde compõem a fonte de informação para o diagnóstico da situação de saúde no território. Um dos princípios do SUS é a utilidade da epidemiologia no que diz respeito ao estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação para tomadas de decisões (Brasil, 1990). Desse modo, os sistemas de informação em saúde são uma ferramenta necessária para

compreender o panorama da situação em saúde, atuando como constituinte da informação-decisão-ação na vigilância epidemiológica.

O Sistema de Informação sobre a Mortalidade (SIM) foi criado em 1975 e implantado pelo Ministério da Saúde do Brasil (Minto *et al.*, 2017). O instrumento padronizado para coleta de dados do SIM é a declaração de óbito (DO). De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.779 de 2005, o preenchimento da DO cabe ao médico, designando a esses profissionais a responsabilidade ética e jurídica por todas as informações nela registradas. A DO informa sobre as causas básicas e fatores associados ao óbito. Estas informações possibilitam o delineamento do perfil de morbidade de uma área desejada (Melo, 2015; Brasil, 2019b).

Além do SIM, conforme portaria Nº.204 de 17 de fevereiro de 2016 é definida a lista de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, todos os casos de lesões autoprovocadas devem ser notificados e registrados compulsoriamente através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para possibilitar a compreensão da gravidade e da magnitude dos casos e, a partir disso, subsidiar políticas públicas para a sua prevenção e a promoção da saúde (Brasil, 2011; Brasil, 2017; Garbin *et al.*, 2015).

O SINAN compõe um sistema oficial do Ministério da Saúde do Brasil, que tem por objetivo registrar e processar dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional (Malaspina *et al.*, 2011). Nele consta a notificação e investigação de casos de todas doenças e agravos que integram a lista nacional de doenças de notificação compulsória. A obrigatoriedade da notificação é estabelecida para toda rede de saúde, tanto pública quanto privada e, quando caracterizado como acidente de trabalho, deve ser emitido à CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) (Brasil, 2011).

Dessa forma tais sistemas de informações estão presentes no estudo, pois as tentativas de suicídio e o suicídio são advindos do SINAN e da DO, como lesões autoprovocadas.

## **OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Propor estratégias integradas para o aprimoramento das ações de prevenção e vigilância do suicídio e das tentativas de suicídio entre trabalhadores e trabalhadoras no Ceará.

### **4.2 Específicos**

Caracterizar o perfil sociodemográfico e ocupacional dos trabalhadores e trabalhadoras que realizaram tentativas de suicídio ou que foram a óbito por suicídio no estado do Ceará;

Conhecer a percepção dos gestores e gestoras das áreas de Saúde do Trabalhador acerca dos desafios, potencialidades e estratégias existentes para a prevenção e vigilância do suicídio e das tentativas de suicídio no âmbito laboral;

Elaborar propostas de estratégias de enfrentamento e de fortalecimento das políticas públicas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora relacionadas à prevenção e vigilância do suicídio.

## 4. MÉTODOS

### 5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, de natureza descritiva e exploratória.

### 5.2 Cenário do estudo

O presente estudo terá como cenário o estado do Ceará, que é uma das 27 unidades federativas do Brasil. O Ceará possui 5 regiões de saúde (Fortaleza, Norte, Sertão Central, Cariri e Litoral Leste/Jaguaribe) e 184 municípios. Está situado no norte da região Nordeste e sua área total é de 149.894,447 km<sup>2</sup>. A população é estimada em 8.794.957 pessoas, ocupando a 8ª posição entre as unidades federativas mais populosas (IBGE, 2022).

Além disso, o Ceará possui 17 Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS), com sedes em Fortaleza, Quixadá, Limoeiro do Norte, Sobral e Juazeiro do Norte, contemplando as cinco Regiões de Saúde. Os municípios onde as ADSs estão situadas são: Acaraú, Aracati, Baturité, Brejo Santo, Camocim, Canindé, Cascavel, Caucaia, Crateús, Crato, Icó, Iguatu, Itapipoca, Maracanaú, Russas, Tauá e Tianguá.

No tocante à saúde do trabalhador, o Ceará possui um Cerest estadual e 8 Cerest's regionais, a saber: Cerest Estadual Manuel Jacaré (abrange todas as Regiões de Saúde cearenses (184 municípios), Cerest Regional Fortaleza (abrange as Regiões de Saúde de Fortaleza, Maracanaú, Baturité e Itapipoca (34 municípios), Cerest Regional Caucaia (10 municípios) (Cerest Regional Sobral (abrange as Regiões de Saúde de Sobral, Acaraú, Camocim e Crateús (47 municípios), Cerest Regional de Juazeiro do Norte (abrange as Regiões de Saúde de Juazeiro do Norte, Crato, Icó, Iguatu e Brejo Santo (45 municípios), Cerest Regional de Tianguá (abrange a Região de Saúde de Tianguá (8 municípios), Cerest Regional de Aracati (abrange a Região de Saúde de Aracati (4 municípios), Cerest Regional de Quixeramobim (abrange as Regiões de Saúde de Quixadá, Canindé e Tauá (20 municípios), Cerest Rural Zé Maria do Tomé - Limoeiro do Norte (abrange as Regiões de Russas e Limoeiro (16 municípios), Cerest Regional Horizonte (abrange as Regiões de Saúde

de Fortaleza (Eusébio, Beberibe e Aquiraz) e Cascavel (10 municípios).

O Ceará ocupa o segundo lugar dos estados do Nordeste em taxa de mortalidade por suicídio (Silva *et al.*, 2022). Em boletim epidemiológico divulgado pela Secretaria de Saúde do Ceará demonstra tendência de aumento nas taxas de suicídio, principalmente entre adolescentes e jovens adultos (Secretaria de saúde do ceará, 2024). Dessa forma, com o presente estudo no Ceará pode-se ter um possível panorâma do perfil sociodemográfico e ocupações pela violência autoprovocada intencionalmente, assim como demonstrar estratégias de enfrentamento do problema. Ademais, o boletim epidemiológico não demonstra a ocupação das vítimas, o que fortalece a pesquisa.

### 5.3 População

A população do estudo quantitativo será constituída por trabalhadores que realizaram tentativas de suicídio e que cometeram suicídio no estado do Ceará durante o período de 2012 a 2022.

Os dados foram obtidos a partir de todos os casos de tentativas de suicídio e suicídio registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e na base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), desde que atendam aos critérios de inclusão e exclusão.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: casos de indivíduos que realizaram tentativas de suicídio e que cometeram suicídio registrados no SINAN e no SIM, respectivamente, a partir da faixa etária de 15 anos, residentes no estado do Ceará. A faixa etária de 15 anos foi escolhida, pois de acordo com o artigo 428 da Lei 11.180, de 23 de setembro de 2005 o contrato de aprendizagem é um contrato de trabalho especial, ajustado por escrito e por prazo determinado, no qual o empregador se compromete a assegurar ao maior de quatorze e menor de vinte e quatro anos, inscrito em programa de aprendizagem, uma formação técnico-profissional metódica compatível com seu desenvolvimento físico, moral e psicológico, e o aprendiz deve executar, com zelo e diligência as tarefas necessárias a essa formação (Brasil, 2005). O período de inclusão do tempo justifica-se pela inclusão de anos completos com banco de dados fechados, além disso para minimizar o impacto da pandemia de covid-19, que ocorreu no início do ano de 2020, e proporcionar uma visão mais

representativa, incluiu-se oito anos pré- pandemia (2012-2020) e dois anos ainda no período da pandemia (2020-2022). O estudo teve como critérios de exclusão: o código para estudante 9999.91 registrado nas notificações no campo ocupação.

Para as entrevistas do estudo qualitativo foram selecionados por conveniência as 22 referências técnicas das coordenadorias regionais de saúde dos CERESTs das áreas descentralizadas de saúde (ADS) e os 9 gestores dos CERESTs regionais do estado e o gestor do CEREST estadual, totalizando 32 participantes. Estes foram convidados via email e whatsapp. No entanto, aceitaram participar da pesquisa cinco referências técnicas de diferentes regiões e três gestores, perfazendo a amostra com oito participantes.

Os critérios de inclusão dos sujeitos dos grupos focais foram: ser referência técnica em saúde do trabalhador das coordenadorias regionais de saúde dos CERESTs das áreas descentralizadas do Ceará e ser gestor do CEREST estadual e regional do Ceará. Os critérios de exclusão foram: gestor e/ou referência técnica de férias no período do estudo, licença maternidade, licença por doença e tempo de serviço menor que um ano.

#### **5.4 Coleta de dados**

Os dados de suicídio foram obtidos a partir do SIM, os dados das violências autoprovoçadas foram provenientes do SINAN. O suicídio e as violências autoprovoçadas intencionalmente foram agrupadas entre os códigos X60 a X84 da Classificação Internacional de Doenças e Mortes (CID-10), essas correspondem às intoxicações e lesões autoinfligidas ou autoprovoçadas. O período da coleta dos dados quantitativos ocorreu no mês de junho de 2025.

As variáveis de interesse incluíram ocupação, gênero, cor da pele, estado civil, faixa etária, escolaridade, ano de ocorrência, e no caso das violências autoprovoçadas, a relação com o trabalho. A variável ocupação foi realizada através da coleta da classificação Brasileira de Ocupação (CBO) presente nas notificações. Foram apresentadas tabelas descritivas para facilitar a análise dos padrões gerais e a identificação de setores ocupacionais mais vulneráveis.

Para investigar dos desafios e estratégias para prevenção e vigilância do suicídio e tentativa de suicídio entre os trabalhadores(as), optamos por revelar aos sujeitos dos grupos focais os dados retirados do sistema de informação de saúde SIM

e SINAN para realizarem uma reflexão sobre a situação de saúde. A coleta de dados qualitativos foi realizada através da técnica de grupo focal online via plataforma Google Meet, foram divididos em dois grupos focais online no mês de setembro em dois dias distintos para cada grupo, com a utilização de um roteiro com perguntas norteadoras, como palavras-chaves para o direcionamento dos grupos focais, desenvolvido por esta pesquisadora. O primeiro grupo focal foi realizado com as referências técnicas das coordenadorias regionais dos CERESTs dos municípios das ADS's e o segundo grupo focal com os gestores correspondente ao CEREST estadual e aos CERESTS regionais. As perguntas norteadoras dos grupos focais foram estas: A partir do cenário epidemiológico apresentado quais fatores presentes no território são fundamentais para explicar os casos de suicídio e tentativas de suicídio observados?, Quais setores ocupacionais em suas áreas apresentam maior vulnerabilidade e por quê?,Quais desafios são encontrados para a construção e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento desse problema?,Quais estratégias podem ser tomadas para melhorar a vigilância e prevenção do suicídio e das tentativas de suicídio entres os(as) trabalhadores(as)?

## **5.5 Organização e Análise Dos Dados**

A análise estatística descritiva foi realizada pelo software STATA versão 15.1 e os resultados sintetizados em tabelas e gráficos. A análise descritiva foi efetuada por meio de: frequências absolutas e relativas.

Na pesquisa qualitativa dos grupos focais online as informações foram analisadas à luz da Análise de Conteúdo de Bardin, com “conjuntos de técnicas de análises das comunicações” para decifrar e descrever o conteúdo por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens registradas, indicadores quantitativos ou não que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens (Bardin, 2016). Para a transcrição dos grupos focais online teve-se como apoio o software Tactiq, porém foi necessário efetuar ajustes pontuais manualmente, não comprometendo o conteúdo fidedigno da coleta . Na análise de conteúdo utilizou-se o software Atlas.ti versão web. Esta é uma ferramenta colaborativa voltada à análise qualitativa e criado por Thomas Muhr (Silva Júnior; Leão, 2018), o software Atlas.ti

destaca-se como um recurso importante para pesquisadores de múltiplas áreas do conhecimento, pois permite uma ampla variedade de funcionalidades e possibilita a aplicação em diferentes campos de estudo, além de oferecer uma interface que facilita o exame de diversos tipos de dados, contribuindo para o alcance dos objetivos do estudo (Silva Júnior; Leão, 2018).

A primeira etapa é a de pré-análise, consiste na leitura exaustiva das entrevistas realizadas (leitura flutuante), seguida da organização do material (constituição do corpus) e a formulação de hipóteses. A segunda etapa compreende a exploração do material, na qual será realizada a codificação dos dados. Por fim, será realizado o tratamento dos resultados e interpretação, apresentando-os em unidades temáticas. Será utilizada uma categorização prévia de organização dos dados, a saber: Análise coletiva dos determinantes ocupacionais e territoriais, desafios encontrados para a construção e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento do problema e a construção de estratégias de enfrentamento.

A análise e a interpretação dos dados permitem o reconhecimento de estruturas de relevância, convergindo na identificação de códigos primários e famílias de códigos. Estas possibilitam a construção de unidades temáticas, apresentadas com partes textuais (Bardin, 2016).

## **5.6 Aspectos éticos**

Os aspectos administrativos e éticos da pesquisa científica foram respeitados. Obedecendo a Resolução 466/2012, este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) da Universidade Federal do Ceará, CAAE 89495325.5.0000.5050, número do Parecer 7.774.832. Todos os participantes formalizaram a sua participação no projeto por meio da aquiescência obtida através da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A liberdade do consentimento foi particularmente garantida para todos os participantes da pesquisa, assim como o sigilo, assegurando a privacidade a estes quanto aos dados confidenciais, bem como a possibilidade que os mesmos desistam em qualquer fase do estudo, interrompam a sua participação, ou se recusem a participar do mesmo sem sofrer nenhuma penalidade ou constrangimento em decorrência deste ato. Foi fornecido via TCLE meios para contato com os pesquisadores

sem restrições de horário para que o participante informasse qualquer inconveniente.

### **5.7 Limitações do estudo**

Entre as limitações do estudo destaca-se a utilização de dados secundários provenientes do SIM e SINAN, onde apresenta-se a incompletude dos registros e a baixa qualidade do preenchimento das fichas de notificação. Ainda, a subnotificação de casos relacionados ao trabalho e do campo da variável ocupação compromete a caracterização epidemiológica dos trabalhadores. Além disso, considera-se a análise estatística descritiva como fragilidade, pois não foram realizadas associações, utilizando-se apenas frequências absolutas e relativas, limitando a capacidade de verificar possíveis relações causais. Em relação à análise qualitativa houve baixa adesão dos participantes convidados para os grupos focais, o que pode ter limitado a representatividade das diversas regiões do Ceará.

## **5. RESULTADOS**

### **6.1 Resultados quantitativos**

Neste estudo foram coletados os dados do SIM e do SINAN de suicídio e violências autoprovocadas provenientes das declarações de óbitos e da ficha de notificação de violência autoprovocada do período de 2012 a 2022 no estado do Ceará.

A tabela 1 representa os dados sociodemográficos, as principais ocupações e CID 10 das notificações de suicídio do estado do Ceará, as tabelas 2, 3, 4, 5 e 6 demonstram os dados sociodemográficos, as principais ocupações e CID 10 das notificações de suicídio divididas por Regiões de Saúde do estado do Ceará. A seguir listamos os números de suicídios.

Na tabela 1 foram registrados 5881 casos de suicídios no estado do Ceará entre trabalhadores a partir de 15 anos de idade durante o período analisado. A análise das características sociodemográficas revelou predominância do sexo masculino, representando 82,7% dos casos. Quanto à cor da pele, observou-se a prevalência da parda (74,3%). Em relação à faixa etária, 22,3% dos casos eram de 30 a 39 anos,

sendo essa a mais prevalente. No que concerne à escolaridade, predominou quem possuía apenas o ensino médio (26%). Relativamente ao estado civil, a condição de solteiro demonstrou-se preponderante (52,3%). Em relação à ocupação, identificou-se que os trabalhadores da exploração agropecuária constituíram o grupo mais frequente (21,3%), seguidos pelos produtores na exploração agropecuária (10,6%), trabalhadores da indústria extrativa e construção civil (8,3%), trabalhadores de serviços (6,4%) e aposentados/pensionistas (6,2%). Ressalta-se que 20,6% dos casos tiveram preenchimento o campo como ignorado ou não foi preenchido, demonstrando uma limitação importante na caracterização desses dados. O CID 10 mais prevalente foi o X70 – lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (77,4%), seguido do X64 – autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas (3,7%) e X68 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas (2,9%).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e CID 10 do suicídio no estado do Ceará provenientes do Sistema de Informação de Mortalidade do período de 2012 a 2022. Fortaleza, 2025.

Estado do Ceará	N	%
1.Faixa etária		
15 a 19	221	3.76
20 a 29	1157	19.69
30 a 39	1311	22.31
40 a 49	1198	20.39
50 a 59	870	14.81
60 e mais	1119	19.04
2. Sexo		
Masculino	4868	82.78
Feminino	1013	17.22
4.Raça/cor		
Branca	771	13.11
Preta	84	1.43
Amarela	14	0.24
Parda	4.374	74.36
Indígena	6	0.10

Ignorado	629	10.69
5. Escolaridade		
Sem escolaridade	44	0.75
Fundamental I (1ª a 4ª série)	611	10.39
Fundamental II (5ª a 8ª série)	1340	22.79
Médio	1532	26.05
Superior incompleto	897	15.25
Superior completo	300	5.10
Ignorado	894	15.20
Em branco	260	4.42
6. Estado civil		
Solteiro	3076	52.31
Casado	1650	28.06
Viúvo	233	3.96
Separado	294	5.00
União estável	204	3.47
Ignorado	196	3.33
Em branco	228	3.88
Ocupação		
Trabalhadores na exploração agropecuária	1256	21.3
Produtores na exploração agropecuária	629	10,6
Trabalhadores na indústria extrativa e construção civil	489	8,3
Trabalhadores dos serviços	381	6,4
Aposentado/pensionista	368	6,2
Dona de casa	215	3,6
Outros	1326	22,5
Ignorado	1217	20,6
CID 10		
Auto-intoxicação por analgésicos, antipiréticos e antireumáticos X60	1	0.02
Auto-intoxicação por drogas anticonvulsivantes sedativos, hipnóticos, antiparksonianos e psicotrópicos X61	25	0.43
Auto-intoxicação por narcóticos e psicodislépticos X62	17	0.29
Auto-intoxicação por outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso X 63	4	0.07
Auto-intoxicação por medicamentos e substâncias biológicas	222	3.77

X64		
Auto-intoxicação voluntária por álcool X65	33	0.56
Auto-intoxicação por solventes orgânicos , hidrocarbonetos halogenados X66	7	0.12
Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores X67	4	0.07
Auto-intoxicação por e exposição intencional a pesticidas X68	174	2.96
Auto-intoxicação por e exposição intencional a outros produtos químicos e substâncias nocivas X69	170	2.89
Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação X70	4554	77.46
Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e subversão X71	27	0.46
Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão X72	143	2.43
Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo maior X73	10	0.17
Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo X74	98	1.67
Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos X75	2	0.03
Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas X76	62	1.05
Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes X77	1	0.02
Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante X78	67	1.14
Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente X79	17	0.29
Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado X80	129	2.19
Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento X81	1	0.02
Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor X82	10	0.17
Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios	10	0.17

---

especificados X83

Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados X84	103	1.75
--	-----	------

---

Na Tabela 2 apresentam-se os dados sociodemográficos e os diagnósticos CID-10 referentes às Regiões de Saúde. Observou-se um total de 177 casos de suicídio registrados na região de Fortaleza durante o período analisado, representando 3% do total de casos no estado. A análise dos dados sociodemográficos evidenciou predomínio do sexo masculino, representando 85,9% dos casos. Quanto à cor da pele, verificou-se prevalência da população parda (71,2%). A faixa etária mais frequente foi de 30 a 39 anos (25,4%). Com relação à escolaridade, predominou o ensino fundamental II (31,1%). O estado civil mais comum foi o de solteiro (55,4%). Quanto à ocupação, os trabalhadores da exploração agropecuária constituíram o grupo mais frequente (26%), seguidos por produtores na exploração agropecuária (13%), trabalhadores da indústria extrativa e construção civil (11,8%), aposentados/pensionistas (9,6%) e trabalhadores de serviços (5,6%).

Na Região de Saúde Norte, foram registrados 481 casos de suicídio nessa região durante o período estudado, sendo 8,1% do total. A predominância do sexo masculino correspondeu a 84,4% dos casos,. Em relação à cor da pele, a cor parda foi prevalente em 82,7%. A faixa etária mais frequente foi de 40 a 49 anos (25%). Observou-se predominância de escolaridade de fundamental II (25,6%). O estado civil de solteiro foi recorrente em 51,2% dos registros. Em relação à ocupação, trabalhadores da exploração agropecuária representaram 27,7%, seguidos por produtores na exploração agropecuária (10,8%), trabalhadores da indústria extrativa e construção civil (4,6%), aposentados/pensionistas (3,7%), e donas de casa (3,7%).

Na Região de Saúde Cariri, foram registrados 1837 (31,2% do total) casos de suicídio. O sexo masculino apresentou predominância (79,9%). A cor da pele parda correspondeu a 68,3%. A faixa etária predominante foi de 30 a 39 anos (24,5%). Quanto à escolaridade, o ensino médio foi mais frequente (31,1%) e o estado civil de solteiro foi identificado em 53,4% dos casos. Em relação à ocupação, trabalhadores da indústria extrativa e construção civil foram o grupo mais expressivo (10,5%),

seguidos por produtores na exploração agropecuária (9,4%), trabalhadores de serviços (9,2%), trabalhadores na exploração agropecuária (9%) e aposentados/pensionistas (7,4%).

Na Região de Saúde Sertão Central, foram registrados 2607 suicídios, com 44,3% dos casos do estado. O sexo masculino correspondeu a 84% dos registros. A população parda foi prevalente (77,2%). A faixa etária de 30 a 39 anos foi a mais incidente (21,1%). Quanto à escolaridade, predominou o ensino médio (24,2%) e o estado civil de solteiro foi identificado em 51% dos casos. Em termos de ocupação, trabalhadores na exploração agropecuária representaram 26,4%, seguidos por produtores na exploração agropecuária (12,1%), trabalhadores da indústria extrativa e construção civil (7,4%), aposentados/pensionistas (6,1%) e trabalhadores de serviços (4,7%).

Por fim, na Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, foram registrados 356 casos de suicídio, considerando percentual de 6% do estado. A análise sociodemográfica revelou prevalência do sexo masculino (85,7%) e da população parda (73%). As faixas etárias de 30 a 39 e de 40 a 49 anos apresentaram igual prevalência (19,9%). Em relação à escolaridade, predominou o ensino médio (25,8%), enquanto o estado civil de solteiro foi recorrente em 55,3% dos casos. No que concerne à ocupação, trabalhadores da exploração agropecuária representaram 28,7%, seguidos por produtores na exploração agropecuária (10,7%), trabalhadores de serviços (9%), aposentados/pensionistas (6,5%), e trabalhadores da indústria extrativa e construção civil (6,2%).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis sociodemográficas do suicídio no estado do Ceará provenientes do Sistema de Informação de Mortalidade do período de 2012 a 2022 por Região de Saúde. Fortaleza, 2025.

Variáveis	Fortaleza		Norte		Cariri		Sertão central		Litoral leste/Jaguaribe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Faixa etária</b>										
15 a 19	6	3.4	19	4.0	49	2.7	112	4.3	14	3.9
20 a 29	29	16.4	91	18.9	346	18.8	531	20.4	68	19.1
30 a 39	45	25.4	102	21.2	450	24.5	549	21.1	71	19.9
40 a 49	34	19.2	120	25.0	379	20.6	512	19.6	71	19.9
50 a 59	25	14.1	73	15.2	261	14.2	398	15.3	53	14.8
60 e mais	38	21.5	75	15.6	350	19.1	503	19.3	79	22.2
Ignorado	0	0.0	1	0.2	2	0.1	2	0.1	0	0.0
<b>Sexo</b>										
Masculino	152	85.9	406	84.4	1468	79.9	2190	84.0	305	85.7
Feminino	25	14.1	75	15.6	369	20.1	417	16.0	51	14.3
<b>Raça/cor</b>										
Branca	17	9.6	54	11.2	234	12.7	372	14.3	51	14.3
Preta	3	1.7	9	1.9	15	0.8	47	1.8	7	2.0
Amarela	1	0.6	3	0.6	4	0.2	4	0.2	3	0.8
Parda	126	71.2	398	82.7	1254	68.3	2012	77.2	260	73.0
Indígena	0	0.0	3	0.6	0	0.0	3	0.1	0	0.0
Ignorado	30	17.0	14	2.9	330	18.0	169	6.5	36	10.1
<b>Escolaridade</b>										
Sem escolaridade	22	12.4	3	0.6	12	0.7	26	1.0	0	0.0
Fundamental I	52	29.4	65	13.5	126	6.9	302	11.6	46	12.9
Fundamental II	55	31.1	123	25.6	362	19.7	606	23.2	88	24.7
Médio	25	14.1	80	16.6	572	31.1	630	24.2	92	25.8
Superior incompleto	5	2.8	52	10.8	364	19.8	355	13.6	47	13.2
Superior completo	0	0.0	10	2.1	189	10.3	79	3.0	8	2.3
Ignorado	14	7.9	113	23.5	158	8.6	482	18.5	63	17.7
Em branco	4	2.3	35	7.3	54	2.9	127	4.9	12	3.4
<b>Estado civil</b>										
Solteiro	98	55.4	246	51.2	981	53.4	1328	51.0	197	55.3
Casado	47	26.6	112	23.3	560	30.5	724	27.8	97	27.3
Viúvo	11	6.2	8	1.7	73	4.0	112	4.3	17	4.8

Separado	7	4.0	22	4.6	133	7.2	106	4.1	11	3.1
União estável	7	4.0	18	3.7	39	2.1	108	4.1	19	5.3
Ignorado	5	2.8	39	8.1	26	1.4	97	3.7	13	3.7
Em branco	2	1.1	36	7.5	35	1.9	408	15.7	2	0.6
<b>Ocupação</b>										
Trabalhadores na exploração agropecuária	46	26.0	133	27.7	165	9.0	687	26.4	102	28.7
Produtores na exploração agropecuária	23	13.0	52	10.8	172	9.4	315	12.1	38	10.7
Trabalhadores na indústria extrativa e construção civil	21	11.8	22	4.6	193	10.5	193	7.4	22	6.2
Dona de casa	6	3.9	18	3.7	85	5.6	80	3.9	12	3.4
Aposentado/ Pensionista	17	9.6	18	3.7	136	7.4	158	6.1	23	6.5
Trabalhadores dos serviços	10	5.6	18	3.7	168	9.2	122	4.7	32	9.0
Outros	37	20.9	78	20.0	255	13.8	472	18.1	75	21.1
Ignorado	23	13.0	142	29.5	663	36.1	40	1.5	53	14.9

Na tabela 3, para a Região de Fortaleza, quanto aos diagnósticos segundo a CID-10, destacou-se o X70 – lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (74,6%), seguido pelo X69 – auto-intoxicação por exposição intencional a produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas (6,8%), e pelo X68 – auto-intoxicação por exposição intencional a pesticidas (4%) (Tabela 3).

Já para a Região Norte, dentre os diagnósticos CID-10, prevaleceu o X70-lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (77,3%), seguido pelo X64 – auto-intoxicação intencional por outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (4,6%) e X68 - auto-intoxicação por exposição intencional a pesticidas (3,3%). Na região Cariri, o diagnóstico CID-10 mais prevalente foi o X70- lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (73,8%), seguido do X80 – lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de lugar elevado (4,8%) e X69 – auto-intoxicação por exposição intencional a produtos químicos e

substâncias nocivas não especificadas (4%) (Tabela 3).

No Sertão Central destacou-se o código CID-10 X70 - lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (79,8%), seguido pelo X64 (5%) e pelo X72 – lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo (2,7%). Por fim, no Litoral leste / Jaguaribe destacou-se o diagnóstico CID-10 X70 (80,9%), seguido por X74 – Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada (2,3%) e X76 - Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas. (2,3%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição do CID 10 do suicídio no estado do Ceará provenientes do Sistema de Informação de Mortalidade do período de 2012 a 2022 por Região de Saúde, 2025.

CID-10	Fortaleza		Norte		Cariri		Sertão central		Litoral leste/ Jaguaribe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
X60	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3
X61	0	0.0	1	0.2	10	0.5	12	0.5	2	0.6
X62	2	1.1	2	0.4	8	0.4	5	0.2	0	0.0
X63	0	0.0	1	0.2	1	0.1	2	0.1	0	0.0
X64	6	3.4	22	4.6	35	1.9	131	5.0	7	2.0
X65	0	0.0	3	0.6	6	0.3	18	0.7	1	0.3
X66	0	0.0	1	0.2	2	0.1	4	0.2	0	0.0
X67	0	0.0	2	0.4	1	0.1	0	0.0	1	0.3
X68	7	4.0	16	3.3	64	3.5	66	2.5	7	2.0
X69	12	6.8	7	1.5	73	4.0	56	2.2	6	1.7
X70	132	74.6	372	77.3	1355	73.8	2079	79.8	288	80.9
X71	3	1.7	0	0.0	6	0.3	13	0.5	2	0.6
X72	5	2.8	11	2.3	43	2.3	71	2.7	7	2.0
X73	0	0.0	1	0.2	1	0.1	6	0.2	0	0.0
X74	1	0.6	13	2.7	34	1.9	36	1.4	8	2.3
X75	0	0.0	0	0.0	1	0.1	1	0.0	0	0.0
X76	0	0.0	6	1.3	28	1.5	19	0.7	8	2.3
X77	0	0.0	0	0.0	1	0.1	0	0.0	0	0.0
X78	0	0.0	7	1.5	14	0.8	28	1.1	4	1.1
X79	1	0.6	1	0.2	7	0.4	5	0.2	2	0.6
X80	1	0.6	5	1.0	88	4.8	25	1.0	7	2.0
X81	0	0.0	0	0.0	1	0.1	0	0.0	0	0.0

X82	0	0.0	1	0.2	6	0.3	1	0.0	0	0.0
X83	2	1.1	0	0.0	2	0.1	6	0.2	0	0.0
X84	4	2.2	9	1.9	50	2.7	23	0.9	5	1.4

Na tabela 4 apresentam-se os dados sociodemográficos, as principais ocupações das notificações da ficha de violência autoprovocada intencionalmente do estado do Ceará. Foram registrados 4937 casos de violências autoprovocadas intencionalmente no estado do Ceará durante o período de 2012 a 2022. A análise das características sociodemográficas revelou predominância do sexo feminino, representando 59,5% dos casos. Quanto à cor da pele, observou-se a prevalência da parda (72%). Em relação à faixa etária, 35,7% dos casos eram de 20 a 29 anos, sendo essa a mais prevalente. No que concerne à escolaridade, predominou quem possuía o ensino médio completo (20,4%). Relativamente ao estado civil, a variável solteiro demonstrou-se preponderante (42,4%). Em relação à ocupação, identificou-se que dona de casa constituíram o grupo mais frequente (15,4%), seguidos pelos trabalhadores na exploração agropecuária (7,3%), desempregado crônico (7%), trabalhadores de serviços (6,7%) e aposentados/pensionistas (2,6%). Destaca-se que 42,8% dos casos preencheram o campo como ignorado ou não foi preenchido, demonstrando uma subnotificação importante na caracterização desses dados. Observou-se que o CID 10 mais prevalente foi o X61 – Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte (27%), seguido do X64 – autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas (21,3%) e X68 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas (12,5%). Ainda, indicou-se que 82 % das notificações não estavam relacionadas ao trabalho.

Tabela 4 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e CID 10 da notificação de violência autoprovocada intencionalmente no estado do Ceará provenientes do Sistema de Agravos de Notificação do período de 2012 a 2022 no estado do Ceará. Fortaleza, 2025.

Violência autoprovocada intencionalmente CE	N	%
1.Faixa etária		
15 a 19	599	12.1
20 a 29	1767	35.7

---

30 a 39	1166	23.6
40 a 49	800	16.2
50 a 59	349	7.0
60 e mais	245	5.0
Ignorado	11	0.2
Sexo		
Masculino	1998	40,4
Feminino	2939	59,5
4.Raça/cor		
Branca	629	12.7
Preta	255	5,1
Amarela	18	0.3
Parda	3550	72,0
Indígena	29	0.5
Ignorado	442	9.0
Em branco	14	0.2
5. Escolaridade		
Analfabeto	122	2.4
1ª a 4ª série incompleta	257	5.2
4ª série completa	127	2.5
5ª a 8ª série incompleto	491	9.9
Ensino fundamental completo	251	5.1
Ensino médio incompleto	430	8.7
Ensino médio completo	1008	20.4
Educação superior incompleta	126	2.5
Educação superior completa	137	2.7
Ignorado	1820	36.8
Não se aplica	16	0.3
Em branco	152	3.1
6.Estado civil		
Solteiro	2094	42.4
Casado	1623	32.8
Viúvo	84	1.7
Separado	249	5.0
Não se aplica	62	1.2
Ignorado	763	15.4

---

Em branco	62	1.2
Ocupação		
Dona de casa	764	15.4
Trabalhadores na exploração agropecuária	361	7.3
Desempregado crônico	345	7.0
Trabalhadores do serviço	331	6.7
Aposentado/pensionista	132	2.6
Outros	887	17.9
Ignorado	2117	42.8
11.CID 10		
Auto-intoxicação por analgésicos,antipiréticos e antireumáticos X60	139	2.8
Auto-intoxicação por drogas anticonvulsivantes sedativos, hipnóticos, antiparksonianos e psicotrópicos X61	1337	27.0
Auto-intoxicação por narcóticos e psicodislépticos X62	36	0.7
Auto-intoxicação por outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso X 63	104	2.1
Auto-intoxicação por medicamentos e substâncias biológicas X64	1055	21.3
Auto-intoxicação voluntária por álcool X65	24	0.4
Auto-intoxicação por solventes orgânicos , hidrocarbonetos halogenados X66	32	0.6
Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores X67	2	0.04
Auto-intoxicação por e exposição intencional a pesticidas X68	620	12.5
Auto-intoxicação por e exposição intencional a outros produtos químicos e substâncias nocivas X69	258	5.2
Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação X70	569	11.5
Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e subversão X71	5	0.1
Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão X72	9	0.1
Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo maior X73	1	0.02
Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra	2	0.04

arma de fogo X74		
Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos X75	5	0.1
Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas X76	71	1.4
Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes X77	9	0.1
Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante X78	495	10.0
Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente X79	22	0.4
Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento X81	25	0.5
Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor X82	18	0.3
Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados X83	20	0.4
Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados X84	69	1.4
12.Relacionado ao trabalho		
Sim	11	0.25
Não	4003	82.0
Ignorado	186	3.76
Não preenchido	737	14.9

Na Tabela 5 revelam-se os dados sociodemográficos referentes às regiões de saúde do Ceará. Na Região de Saúde Fortaleza observou-se um total de 96 (2,1%) casos de violência autoprovocada intencionalmente. Evidenciou-se predomínio do sexo feminino, representando 51% dos casos. Verificou-se prevalência da população parda (75%). Houve a mesma frequência de casos nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos (27,1%). Predominou a 5ª a 8ª série incompleta e ensino médio completo com 11,4%. Os estados civis mais comuns foram o de solteiro e casado, ambos com 36,4%. As donas de casa constituíram o grupo mais frequente (20,8%), seguidos por trabalhadores da exploração agropecuária (7,3%), desempregado crônico (7,3%), trabalhadores dos serviços (6,2%) e trabalhadores na indústria extrativa e construção civil (3,1%). Por fim, demonstrou-se que 90,6% não estavam

relacionados ao trabalho.

Foram registrados 581 (13,2%) casos de violência autoprovocada intencionalmente na Região de Saúde Norte. Predominou o sexo feminino correspondendo a 60,7% dos casos. A cor parda foi a mais prevalente em 81,2%. A faixa etária mais frequente foi de 20 a 29 anos (38,9%). Notou-se a predominância de casos no ensino médio completo (20,1%). Os casados foram os mais recorrentes, com 40,9% das notificações. Mais uma vez as donas de casa representaram a maior frequência com 20,6%, seguidos por trabalhadores na exploração agropecuária (19,6%), desempregados crônicos (8,9%), trabalhadores do serviço (7,9%) e vendedores e prestadores de serviços do comércio (3,1%). Ademais, 95,2% dos casos não estavam relacionados ao trabalho.

Referente à Região de Saúde Cariri foram registrados 1512 (34,3%) casos de violência autoprovocada intencionalmente. O sexo feminino apresentou predominância (58,6%). A cor da pele parda correspondeu a 61,7%, a faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos (31,3%), o ensino médio foi mais frequente (23,9%) e o estado civil solteiro foi identificado em 35% dos casos. Obteve-se dona de casa como o grupo mais recorrente (11,1%), seguidos por trabalhadores do serviço (6,3%), desempregado crônico (5,3%), trabalhadores na exploração agropecuária (5,1%) e aposentados/pensionistas (3,2%).

Durante o período foram registrados 1726 (39,2%) casos de violência autoprovocada intencionalmente na Região de Saúde Sertão Central. O sexo mais prevalente foi o feminino, correspondendo a 56,4% dos registros, a população parda foi a mais predominante (76,3%) e a faixa etária de 20 a 29 anos apareceu com a maioria dos casos (38,3%). Predominou o ensino médio completo (18,8%) e o estado civil solteiro foi identificado em 47,3% dos casos. A ocupação dona de casa representou a maior porcentagem dos registros (15,7%), seguida pelos desempregados crônicos (7,9%), trabalhadores na exploração agropecuária (7,8%), trabalhadores dos serviços (4,6%) e aposentados/pensionistas (2,4%). Adicionalmente, 94,5% dos registros não foram relacionados ao trabalho.

Foram registrados 285 (6,4%) casos de violência autoprovocada intencionalmente na Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe. Houve prevalência do

sexo feminino (60%) e da cor parda (74,3%). A faixa etária de 20 a 29 anos (31,9%) foi a mais prevalente e predominou o ensino médio completo (17,1%), enquanto os solteiros foram os mais recorrentes com 49,1% dos casos. Trabalhadores do serviço foram os mais prevalentes (19,3%), seguidos por dona de casa (14,5%), trabalhadores na exploração agropecuária (9,5%), aposentados/pensionistas (5,2%), e desempregado crônico (5,2%). Ademais, predominou os não relacionados ao trabalho 98,2 %.

Tabela 5 – Distribuição das variáveis sociodemográficas da notificação de violência autoprovocada intencionalmente no estado do Ceará provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do período de 2012 a 2022 por Região de Saúde, 2025.

Variáveis	Fortaleza		Norte		Cariri		Sertão Central		Litoral Leste/Jaguaribe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Faixa etária</b>										
15 a 19	7	7.3	51	8.8	202	13.3	187	10.8	44	15.4
20 a 29	26	27.1	226	38.9	474	31.3	661	38.3	91	31.9
30 a 39	26	27.1	138	23.7	381	25.2	395	22.8	60	21.0
40 a 49	23	23.9	97	16.7	248	16.4	278	16.1	50	17.5
50 a 59	7	7.3	38	6.5	116	7.6	127	7.3	17	5.9
60 e mais	7	7.3	29	4.9	88	5.8	74	4.2	21	7.3
Em branco	0	0.0	1	0.3	3	0.2	4	0.2	2	0.7
<b>Sexo</b>										
Masculino	47	49.0	228	39.3	626	41.4	753	43.6	114	40.0
Feminino	49	51.0	353	60.7	886	58.6	973	56.4	171	60.0
<b>Raça/cor</b>										
Branca	6	6.2	71	12.2	196	12.7	212	12.2	31	10.8
Preta	8	8.3	19	3.2	73	4.8	98	5.6	23	8.1
Amarela	0	0.0	1	0.1	6	0.4	6	0.3	1	0.3
Parda	72	75.0	472	81.2	934	61.7	1317	76.3	212	74.3
Indígena	0	0.0	7	1.2	4	0.2	3	0.1	16	5.6
Ignorado	8	8.3	10	1.7	291	19.2	90	5.2	2	0.77
Em branco	2	2.1	1	0.1	8	0.5	0	0.0	0	0.0
<b>Escolaridade</b>										
Analfabeto	1	1.0	17	2.9	2	1.7	50	2.9	11	3.8
1ª a 4ª série incompleta	7	7.3	38	6.5	46	3.0	107	6.2	28	9.8
4ª série completa	3	3.1	12	2.0	28	1.8	46	2.6	17	5.9
5ª a 8ª série incompleto	11	11.4	89	15.3	115	7.6	178	10.3	45	15.7
Ensino fundamental completo	4	4.1	29	4.9	70	4.6	80	4.6	24	8.4
Ensino médio incompleto	2	2.1	54	9.2	105	6.9	153	8.8	33	11.5
Ensino médio completo	11	11.4	117	20.1	362	23.9	325	18.8	49	17.1
Educação superior incompleta	4	4.1	13	2.2	34	2.2	39	2.2	10	3.5

Educação superior completa	0	0.0	14	2.4	53	3.5	53	3.1	3	1.0
Ignorado	50	51.0	165	28.4	624	41.2	636	36.8	55	19.3
Não se aplica	0	0.0	2	0.3	6	0.4	6	0.3	2	0.7
Em branco	3	3.1	31	5.3	42	2.7	53	3.1	8	2.1
<b>Estado civil</b>										
Solteiro	35	36.4	237	40.7	530	35.0	817	47.3	140	49.1
Casado	36	36.4	238	40.9	451	29.8	562	32.5	96	33.6
Viúvo	3	3.1	8	1.3	22	1.4	31	1.8	9	3.1
Separado	6	6.2	25	4.3	85	5.6	78	4.5	13	4.5
Não se aplica	2	2.1	12	2.0	22	1.4	20	1.1	3	1.0
Ignorado	15	15.6	59	10.1	373	24.6	198	11.4	21	7.3
Em branco	2	1.1	2	0.3	29	1.9	20	1.1	3	1.0
<b>Ocupação</b>										
Dona de casa	20	20.8	126	20.6	168	11.1	272	15.7	41	14.4
Desempregado crônico	7	7.3	52	8.9	81	5.3	138	8,0	15	5.2
Trabalhadores na exploração agropecuária	7	7.3	114	19.6	78	5.1	135	7.8	27	9.5
Trabalhadores do serviço	6	6.2	46	7.9	96	6.3	80	4.6	55	19.3
Aposentado/pensionista	2	2.0	14	2.4	49	3.2	41	2.4	15	5.2
Trabalhadores na indústria extrativa e construção civil	3	3.1	17	2.9	28	1.8	34	1.9	2	0.7
Vendedores e prestadores de serviços do comércio	0	0.0	18	3.1	28	1.8	27	1.5	3	1.0
Outros	6	6.2	88	15.1	229	15.1	230	13.3	45	15.7
Ignorado	47	48.9	106	18.2	755	49.9	769	44.5	82	28.7
<b>Relacionado ao trabalho</b>										
Sim	1	1.1	1	0.1	1	0.1	7	0.41	1	0.3
Não	87	90.6	553	95.2	1452	96.0	1631	94.5	280	98.2
Ignorado	8	8.3	26	4.5	51	3.3	77	4.4	9	1.4
Em branco	0	0	1	0.1	8	0.5	11	0.6	0	0

No que concerne aos diagnósticos segundo a CID-10, na região de Fortaleza, destacou-se o X61 – Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte (23,9%), seguido pelo X70 – Lesão

autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (17,7%), e pelo X64 – auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas (16,6%). Já para a Região Norte, prevaleceu o X64 - auto-intoxicação intencional por outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (27,7%), seguido pelo X61- auto-intoxicação por exposição intencional a drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte (25,3%) e X68 - auto-intoxicação por exposição intencional a pesticidas (13,4%). (Tabela 6).

O CID-10 mais prevalente na Região Cariri foi o X61- auto-intoxicação por exposição intencional a drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte (32,1%), seguido do X64 – auto-intoxicação intencional por outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (18,3%) e X68 - Auto-intoxicação por exposição intencional a pesticidas (14,8%) (Tabela 6).

Ressaltou-se o CID-10 X61 - auto-intoxicação por exposição intencional a drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte (22%), na Região Sertão Central, seguido pelo X64 - auto-intoxicação intencional por outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (20,1%) e pelo X70 – Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (14,3%). Por fim, na região Litoral Leste/Jaguaribe, destacou-se o diagnóstico CID-10 X64 auto-intoxicação intencional por outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (33%), seguido por X78 – Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante (16,8%) e X61- auto-intoxicação por exposição intencional a drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte (15,4%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição do CID 10 da notificação de violência autoprovoçada intencionalmente no estado do Ceará provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do período de 2012 a 2022 por Região de Saúde, 2025.

CID 10	Fortaleza		Norte		Cariri		Sertão Central		Litoral Leste/Jaguaribe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
X60	0	0.0	21	3.6	56	3.7	45	2.6	7	2.4
X61	23	23.9	147	25.3	485	32.1	384	22.0	44	15.4
X62	0	0.0	1	0.1	15	1.0	12	0.7	1	0.3
X63	1	1.0	15	2.6	3	0.2	69	4.0	1	0.3
X64	16	16.6	161	27.7	277	18.3	340	20.1	93	33.0
X65	0	0.0	1	0.1	11	0.7	8	0.4	1	0.3
X66	1	1.0	4	0.6	4	0.2	17	1.0	0	0.0
X67	0	0	0	0.0	1	0.1	1	0.1	0	0.0
X68	15	15.6	78	13.4	225	14.8	224	12.9	21	7.3
X69	4	4.1	27	4.6	86	5.6	64	3.7	2	0.7
X70	17	17.7	62	10.6	153	10.1	246	14.3	40	14.0
X71	0	0.0	0	0.0	2	0.1	3	0.2	0	0.0
X72	0	0.0	2	0.3	4	0.2	3	0.2	1	0.3
X73	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1	0	0.0
X74	0	0.0	1	0.1	2	0.1	2	0.1	3	1.0
X75	0	0.0	1	0.1	2	0.1	2	0.1	0	0.0
X76	1	1.0	8	1.3	26	1.7	26	1.5	5	1.7
X77	1	1.0	0	0.0	2	0.1	5	0.3	0	0.0
X78	14	14.5	45	7.7	117	7.7	202	11.7	48	16.8
X79	0	0.0	1	0.1	4	0.2	13	0.7	2	0.7
X80	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
X81	0	0.0	1	0.1	11	0.7	12	0.7	1	0.3
X82	0	0.0	0	0.0	12	0.7	1	0.1	2	0.7
X83	1	1.0	1	0.1	4	0.2	10	0.6	3	1.0
X84	2	2.1	4	0.6	11	0.7	36	2.1	10	3.5

## 6.2 Resultados qualitativos

A leitura das entrevistas transcritas possibilitou a codificação e posteriormente a categorização de acordo com os temas abordados. Desse modo, o processo resultou em quatro categorias: I.) A determinação social, ambiental e ocupacional, II.) Fatores de vulnerabilidade ocupacional, III.) Fragilidades

organizacionais e institucionais da rede de atenção à saúde, IV.) Estratégias de vigilância e prevenção.

### **6.2.1.A determinação social, ambiental e ocupacional**

Os participantes dos grupos focais foram perguntados sobre o perfil epidemiológico dos suicídios e tentativas de suicídio no Ceará apresentados e o que poderia ser determinante, na visão deles, no território para explicar os casos de suicídio e tentativas de suicídio no contexto laboral. A percepção dos participantes concentrou-se no contexto socioeconômico, impacto ambiental de substâncias tóxicas, de produção por sazonalidade, e alguns participantes mencionaram a violência territorial presente em algumas regiões.

As falas dos participantes abaixo reforçam a ideia de que o contexto da COVID 19 pode ter potencializado os casos com os indivíduos apresentando dificuldades financeiras “...E aí eu penso dos anos da covid... suicídios por qualquer causa que seja, talvez muito atrelado a falta de recursos financeiros de como é que eu vou suprir minha família?”. Os participantes G1P1 trouxe o impacto ambiental das substâncias tóxicas dentro das famílias advindos do local de trabalho, “Isso não tanto diretamente dos homens que vão para ali para roça no seu trabalho quanto das mulheres em casa que vem aqui vão lavar essas roupas essas vasilhas”, “Morava dentro da própria propriedade, onde a pulverização passava ao lado”, assim como na fala de G2P1 “Labutam e habitam no mesmo espaço levam essa exposição, né? Essa substância tóxica para sua residência contamina família,”.

O trabalho doméstico feminino invisibilizado emerge como um importante fator de adoecimento mental por constituir múltiplas jornadas não reconhecidas, conforme a fala de G2P1

A questão da dona de casa. A gente não considera uma ocupação, né? Mas é uma trabalhadora do sexo feminino invisibilizada que muitas vezes isso não é considerado, e que acaba também exercendo diversas atividades que na hora que foi registrada entrou com dona de casa, invisibilizando mais ainda as suas jornadas que muitas vezes são inúmeras.

A invisibilização do trabalho feminino nega o reconhecimento social,

configura violência de gênero e não possui proteção trabalhista.

Ainda nesse contexto, o gênero feminino possui maior busca por autocuidado nos serviços de saúde, enquanto o masculino não, conforme a fala de G1P5 “o sexo feminino acaba procurando melhor os serviços de saúde, acaba procurando mais o serviço de saúde”. A fala de G1P3 reforça que o gênero feminino possui outro fator protetivo, o valor familiar de responsabilidade, “Acredito que as mulheres durante o pensamento suicida e as vias de fato, pensem muito na família, levando a desistir.”

Por outro lado, as múltiplas violências sofridas pelo gênero feminino constituem elemento fundamental no adoecimento mental, conforme a fala de G1P2

Ela vem sofrendo situações de violências e violência doméstica, violência sexual e ela acha essa saída, digamos assim, como a mais fácil para tentar, digamos assim, acabar com essa situação de violência, é meio que como se ela visse que dando fim a vida numa situação de suicídio fosse acabar com isso.

Além disso, a violência territorial causada por facções criminosas pode influenciar no estresse laboral, principalmente naqueles que lidam com a segurança pública diariamente, G2P2

Na nossa região é muito forte também a questão dessa tentativa de suicídio com a parte da segurança mesmo. O nosso território é bem..., como é que eu posso dizer, fragilizado e dominado por essa questão de facção, né? E eles se sentem coagidos de ambas as partes.

Em relação aos métodos de suicídio e tentativas, o trecho da fala do participante G1E1 traz a utilização de meios que maximizam a possibilidade da chegada de ajuda da rede de apoio ou de profissionais da saúde.

Ela busca se cortar, o corte dos braços de sangramentos e o que demanda muito mais tempo pra ocorrer o socorro. O filho, o vizinho a vizinha vem e leva socorro. O homem como ele vai para o enforcamento e geralmente é só, não tem como ter socorro, depois que você pula do banco, sei lá, não tem como voltar atrás.

A sazonalidade constitui elemento crítico da precarização do trabalhador, conforme explicitado por G1P1:

A maioria dos trabalhadores dessa área são sazonais são na época da safra da colheita da safra, ou seja, tão ali três, quatro meses. E a empresa não tem pretensão de treinar de capacitar esse pessoal porque é pouco tempo e eles vão passar ali esse tempo e vão embora vão para outras culturas, outras safras.

O trecho evidencia a lógica do indivíduo descartável que caracteriza o trabalho sazonal, onde a temporalidade é convertida em ausência de proteção social, insegurança e investimento.

A baixa escolaridade, renda também emerge como um possível elemento que contribui para a violência autoprovocada intencionalmente, conforme dito pela participante G1P5 “Os mais acometidos são realmente nos homens os agricultores, né? E as mulheres, as donas de casa. É esse segmento da população, me parece que é quem tem menos acesso a escolaridade, a renda e alguma estabilidade no trabalho”.

### **6.2.2 Fatores de vulnerabilidade ocupacional**

Ao serem indagados sobre os setores ocupacionais que apresentam maior vulnerabilidade, alguns trouxeram em suas falas a agricultura pelo contexto da utilização dos agrotóxicos, vínculos informais, acesso facilitado ao agrotóxico como meio de a ausência de capacitação na utilização de EPIs, a segurança pública por uma exposição à violência e a indústria pelo assédio moral, questões políticas e sobrecarga de trabalho.

O participante G1P1 contextualiza em sua fala a utilização dos agrotóxicos que podem causar intoxicações exógenas, e conseqüentemente, refletir em sua saúde mental, “...exposição desses agricultores às substâncias tóxicas que podem agravar o seu quadro de saúde mental e levar um suicídio.”. Ainda, o G1P1 nos trouxe em sua fala o acesso facilitado que os trabalhadores da agropecuária têm aos agrotóxicos:

os trabalhadores da agricultura da agropecuária, eles estão muito expostos, né? Porque eles estão tendo sempre acesso a um pesticida né? Então é provável que esse acesso seja um fator de risco para o suicídio, porque aparentemente o número de trabalhadores da agropecuária não seja tão grande. A gente acredita que ele é grande, mas não tão grande o suficiente para apresentar esses dados do suicídio, talvez a ocorrência entre eles sejam um

pouco maior justamente por eles terem acesso aos pesticidas.

O trecho da fala de G1P4 traz que ausência de capacitação também pode influenciar na vulnerabilidade, sem a orientação necessária para realizar o trabalho “vulnerabilidade maior aqui do risco ocupacional essa questão mesmo do agronegócio, onde eles não têm nenhuma orientação técnica”.

Outro tópico que emergiu foi o assédio moral presente nos estabelecimentos, a fala de G2P3 explicita “a cobrança que é feita, pela pressão psicológica, é o assédio moral que é o que mais acontece”, evidenciando que a violência psicológica contribui para um possível adoecimento mental. Corroborando com essa fala G1P4 revela também além do assédio moral, o medo que traz insegurança ao trabalhador por questões financeiras e o torna refém de condições laborais precárias, o medo da recusa aumenta a aceitação de condições precárias.

Morava dentro da própria propriedade, onde a pulverização passava ao lado. Então existia tanto é o medo de perder o emprego como assédio porque talvez a gente imagina, né? Se você não quiser ter quem queira, se você não ficar nessas condições, eu não te pago e muitas vezes não morava só o trabalhador morava, ele e a família, pessoas humildes. Morar e trabalhar dentro do próprio ambiente de trabalho em péssimas condições.

A sobrecarga laboral representa vulnerabilidade física e psíquica através de jornadas exaustivas é citada na fala de G1P1:

Excesso de trabalho, do esforço despendido durante o seu trabalho, incluindo seu deslocamento de vida para casa causando um estresse. De ida e vinda quando o seu trabalho que é pesado sem muito, sem nenhum conforto.

O desvio de função sem capacitação apresenta-se na fala de G1P4 “os funcionários eles não são capacitados, eles são colocados para desenvolver qualquer função, hoje ele pode estar como motorista, amanhã como pulverizador”. Isso amplia os riscos de exposições múltiplas para o trabalhador.

A fala do participante G1P4 traz luz ao conflito ambiental provocado pelo agronegócio devido ao uso de agrotóxicos, especialmente a pulverização, tornando-se gerador de diversas formas de violência na comunidade. Inclusive provocando sentimentos de medo da perda do emprego entre os trabalhadores e o assédio realizado pelo empregador

Existe muito uma problemática que é a questão do agronegócio, chegou um momento que os movimentos sociais eles fizeram até algumas intervenções, desde a questão da pulverização e isso envolveu provocar uma morte até de um líder comunitário na serra, entre os pequenos agricultores... morava dentro da própria propriedade, onde a pulverização passava ao lado né? Então existia tanto o medo de perder o emprego como assédio.

### **6.2.3 Fragilidades organizacionais e institucionais da rede de atenção à saúde**

Essa categoria revela um conjunto de obstáculos que perpassam por aspectos institucionais, técnicos, políticos e organizacionais no enfrentamento desse problema. Através de suas narrativas, os participantes evidenciaram a complexidade das barreiras que comprometem a efetividade das estratégias.

As falas dos participantes mostram que a fragmentação das políticas públicas presentes representa um desafio fundamental a ser enfrentado. G1P5 verbaliza tal condição “desafio é implementar políticas de emprego em política de renda...”, evidenciando-se o entrave na articulação intersetorial governamental. Ademais, G1P5 cita o subfinanciamento das políticas públicas, enfatizando a política de prevenção ao suicídio “uma política de financiamento direcionada para esse foco da prevenção do suicídio...”, isso sinaliza uma necessidade de priorização governamental e planejamento orçamentário para tal problema.

A desarticulação intersetorial com a medicina forense e a insuficiência de preparo desses profissionais sobre esses casos específicos, dificultando onexo causal do suicídio laboral também é corroborada na fala de G2P1:

É a atuação do IML, né? Porque tá diretamente ligado a esse óbito por suicídio.... ele não tem preparo para, digamos assim, fazer essa investigação, emitir uma declaração de óbito com essa informação completa. Que tenha de fato consistência, completude. Que traga a informação voltada principalmente se esse suicídio foi de fato ou não, o caso desencadeado devido às suas atividades laborais...os IML que é a perícia, a medicina forense, ela não é dessa rede, né? ela é da Segurança Pública... que acaba ofertando uma retaguarda importante para esses óbitos aí também para o suicídio, comprometendo dessa forma a investigação epidemiológica dos casos.

Além disso, também surge como desafio o despreparo dos profissionais da rede de atenção à saúde, a fala de G2P1 destaca barreira no entendimento do

profissional quanto à centralidade do trabalho em alguns casos, o que compromete a integralidade do cuidado,

o despreparo desses profissionais que compõem essa rede... de não reconhecer, de não identificar que trabalhadores podem ser trabalhadores. Então primeiro é se enxergar o usuário trabalhador...entender que esses episódios que podem surgir com ideação ou até mesmo chegar a um suicídio. Pode ser desencadeado então, acho que isso é um desafio que muitas vezes nos paralisa para que a gente possa avançar com estratégias eficazes. Porque parte muito também do cognitivo, do conhecimento da capacidade de respostas. E que muitas vezes os serviços estão cheios desses casos aí de ideação e sequer se pergunta, né? Se quer se questiona lá, muitas vezes o usuário até chega relatando isso, que é o trabalho, que são as cobranças...

Ainda, a invisibilidade do trabalho como parte da determinação social do processo saúde-doença, na saúde mental dos trabalhadores manifesta-se na fala de G1P4 “às vezes a pessoa tá indo por algum problema, mas ele nunca pergunta, qual é a sua ocupação...”, sinalizando uma falha estrutural no ensino e na prática cotidiana desses profissionais.

A ausência de protocolos específicos para auxiliar nas investigações também é citada na fala de G2P1 “não há protocolos não há condutas para fazer essa investigação oportuna...”, configurando-se como um déficit que afeta a qualidade do atendimento prestado.

As inconsistências e a baixa qualidade das notificações dos sistemas de informação de saúde surgiram como uma questão alarmante, conforme relata G2P1 em sua fala “A inconsistência da declaração mortalidade com relação ao sinan...”, G2P2 corrobora com essa percepção em sua fala “E a questão do ignorado é gritante e muito preocupante porque a gente não consegue dar um real diagnóstico ou então tentar pelo menos dar um norte de prevenção se a gente não tem algo palpável.”. Diante disso, entende-se que essas inconsistências comprometem a atuação da vigilância epidemiológica e vigilância em saúde do trabalhador. O receio dos trabalhadores em fornecer informações também aparecem na fala de G1P2 “...dificuldade às vezes do próprio preenchimento do campo ocupação... às vezes é do próprio paciente que não quer dizer com medo...”, indicando que pode haver intimidação no ambiente laboral, aumentando a invisibilidade do problema.

Outro ponto que emergiu foi a descontinuidade da rede de cuidados, a fala de G1P5 exemplifica “...esse paciente se perde na rede, ele simplesmente recebe alta ali da urgência do hospital e ele não tem mais acompanhamento nenhum.”, a fragmentação da rede implica a perda de seguimento assistencial ao usuário, tornando-se crítico, pois as tentativas de suicídio necessitam ser avaliadas para a não ocorrência do suicídio.

Ainda nesse contexto, a ausência de comunicação efetiva entre os níveis de atenção é evidenciada na fala de G2P2 “... não existe a interação Hospital – epidemiologia, epidemiologia - atenção primária dentro do município...”, demonstrando desarticulação organizacional, o que compromete a integralidade do cuidado. Além disso, a morosidade nos processos administrativos também é revelada na fala de G2P2 “. A demora do serviço foi notificada no hospital aí vai para vigilância até ir para a saúde até ir pra atenção primária que eu acho que às vezes nem chega...”, comprometendo uma intervenção oportuna e mais ágil.

A partir da fala de G1P3, observa-se baixa adesão na capacitação relacionada à saúde do trabalhador..” a gente consegue trazer com muita peleja um curso para região, online e a peleja para conseguir atenção primária envolvida é muito grande..”, corroboram do com essa visão G1P4 fala “...adesão dos médicos em estar sendo capacitado é praticamente zero..” o que contribui para permanecerem com práticas inadequadas, não integradas com a saúde do trabalhador, comprometendo a resolutividade dos serviços, e até mesmo a relação do nexos causal.

A não compreensão do território como espaço vivo também emerge na fala de G1P2”. É lá mesmo que acontece o paciente mora no território..., mas o que a gente não percebe é esse pertencimento, entendeu em algumas questões que é própria da vigilância que a APS deveria estar fazendo...”, reconhecendo que existe uma lacuna no entendimento dos profissionais que o território é parte do processo saúde-doença, produtor de condições de saúde, especialmente na saúde do trabalhador. Isso compromete a efetividade das ações de vigilância em saúde, uma vez que os profissionais não conseguem estabelecer a correlação necessária entre as características territoriais e os perfis epidemiológicos da população atendida.

A sobrecarga da RAPS e dos níveis de atenção à saúde também é um

ponto de atenção de acordo com a fala de G2P1

A fragilidade da rede da própria RAPS, porque muitas vezes esses pacientes, esse usuário que pode ser um trabalhador ou trabalhadora, muitas vezes ele não tem esse suporte de atenção psicossocial, né? É uma rede que não se consolida porque é um número gigante também de pessoas que necessitam desse cuidado e essa linha de cuidado ela ainda é muito frágil na própria rede, né para os serviços primários, secundários, terciários abarcar e eu acho que isso é uma questão fundante.

Isso revela a insuficiência da capacidade de atendimento nos serviços que não consegue atender a demanda crescente no que diz respeito ao cuidado com saúde mental, comprometendo a consolidação das redes de cuidados e a articulação dos níveis de atenção à saúde.

A barreira ao acesso aos estabelecimentos surgiu como desafio na fala de G2P3 “é difícil para a gente entrar na indústria aqui da região, a gente não tem um acesso muito fácil...”. Denota-se que os grandes empregadores comprometem a independência técnica das ações de vigilâncias nos estabelecimentos, prejudicando a transparência e fragilizando a proteção à saúde do trabalhador.

#### **6.2.4 Estratégias de Fortalecimento da Vigilância e Prevenção**

A quarta categoria manifestou-se ao perguntá-los acerca de estratégias que poderiam ser tomadas para a melhoria da vigilância e prevenção do suicídio e tentativas de suicídio entre os trabalhadores.

A articulação da vigilância em saúde do trabalhador com a Atenção Primária à Saúde (APS) emerge como um ponto fundamental a ser fortalecido, como reflete a fala de G1P5 “...é fundamental e a capacitação das equipes da atenção primária para acolher essas pessoas nas suas tentativas e para que elas não tenham o desfecho que é o que se previne né que é o suicídio..”, G2P2 também reforça com essa visão em sua narrativa “quando você parte desse pressuposto de trabalhar na integração da vigilância com a aps. Isso vai se refletir com certeza em qualquer situação.”. Além disso, também inserem a importância da integração com a atenção secundária e terciária, como refere o trecho da fala de G1P5:

Muitas vezes onde essas tentativas chegam que é nas urgências, né? Então essa integração é importante no sentido de que os dados que você trabalhou que você expôs para gente, que as equipes, que os profissionais da urgência tenham acesso a essa informação e que seja discutido, discutidos os determinantes do que está causando essas tentativas e esse suicídios.

Esses relatos denotam a importância fundamental da integralidade entre todos os níveis de atenção como estratégia central.

A vigilância in loco surge como uma abordagem importante para o fortalecimento da vigilância e prevenção, conforme a fala de G2P1 “outra coisa importante dentro da vigilância são as ações in loco. Tá mais próximo desses ambientes laterais.”. Tal fala reflete a importância da proximidade entre a vigilância e os ambientes de trabalho para uma melhor percepção e vigilância dos possíveis agravos.

A utilização de mídias como fonte de informações, de investigação apresentou-se como outra ferramenta importante do fortalecimento da vigilância citada na fala de G2P1:

Outro processo de trabalho que a gente tem que também suscita muito dessa corresponsabilidade da rede é a busca ativa, rumores né? Então essas informações elas são noticiadas na mídia. E aí quando eu falo mídia é tudo, é televisiva, é mídia social, é jornal. Então essas informações estão lá, a gente detecta, envia, e aí tenta minimamente transformar a notícia em um dado epidemiológico. Óbvio com esse retorno com essa investigação, então a gente entende que isso ainda é muito frágil.

Tal aspecto mostrou-se como estratégia de inovação e tentativa de superação da subnotificação por meio do monitoramento dos veículos de informação.

O fortalecimento institucional da vigilância em saúde do trabalhador no estado do Ceará e o diálogo entre os gestores das instâncias municipais e estaduais surge como ponto de fortalecimento através da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) com a pauta da resolução criada para prover referências técnicas em saúde do trabalhador, segundo a fala de G1P4 “Resolução da cib tem referências técnicas em saúde do trabalhador em todos os municípios, isso ajuda muito né? Porque antes não tinha nem notificação, imagine uma referência...”. Desse modo, evidenciando na fala um salto na importante representando um marco e fortalecendo a capacidade da

vigilância territorial.

Ademais, a integração intersetorial entre a vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária também foi citada, apresentando um processo de fortalecimento da vigilância em saúde, conforme a fala de G1P4

Penso que a referência técnica de saúde do trabalhador, eu acho que ela tem que estar próximo da vigilância Sanitária, porque a sanitária ela entra nos estabelecimentos. E a vigilância tem que estar capacitada para ela ter uma visão técnica para trazer aquilo ali, referência técnica, epidemiologia, enfermeira da área perceber que naquela empresa ali, os trabalhadores, que eles estavam sentindo meio tensos ou então as condições de trabalho da estrutura física do estabelecimento.

Evidenciou-se uma combinação das atribuições regulatórias da vigilância sanitária com a expertise técnica para saber como lidar com a situação do trabalhador atrelada à vigilância em saúde do trabalhador, superando barreiras de acesso aos ambientes de trabalho como já citadas na categoria de desafios.

A superação da lógica das campanhas pontuais aparece como aspecto essencial no processo estratégico, conforme fala de G1P2” tentar trabalhar em relação a essa temática durante todo o ano para não ser só aquela coisa focada no calendário colorido. Ah, é o Setembro Amarelo, aí no Setembro Amarelo é que a gente vai se lembrar do suicídio”.

Por fim, a humanização do cuidado com a escuta ativa e qualificada apresenta-se como uma abordagem integral do cuidado, evidenciado pela fala de G1P1 “A nossa frente muitas vezes precisando de um apoio. mais sentimental que até de um remédio físico, uma conversa, um conselho, um amparo que te dê força para enfrentar os seus problemas, sua vida, as suas decepções e emoções”. Dessa forma, demonstra-se uma necessidade por parte dos profissionais da compreensão multidimensional, atentando-se para a dimensão afetiva do cuidado, do sofrimento psíquico.

## 6. DISCUSSÃO

A determinação social no processo saúde-doença dos trabalhadores, como dito anteriormente, o suicídio é multifacetado, depende do contexto socioeconômico, político, histórico e social. Vários fatores podem interferir nesses casos, como problemas de relacionamento, trabalho, escolaridade, problemas financeiros, sofrimento mental, isolamento social, entre outros (CDC, 2022). A seguir discutiremos primeiramente as características sociodemográficas.

No ano de 2018 o Ceará ocupou a terceira posição no Brasil em suicídios do gênero masculino (82,3%) (Silva et al, 2021). Esses resultados corroboram com a análise mundial que homens representam dois terços das mortes por suicídio (Allothman *et al.*, 2020). No Brasil, pesquisas mostram risco 3,5 vezes maior em homens (Palma et al, 2024). Tal dado pode ser explicado, pois os homens tendem a utilizar métodos mais letais, contribuindo para maiores taxas de mortalidade (Barrigon *et al.*, 2020). Por outro lado, deve-se atentar, pois na Região Nordeste, entre 1996 e 2018, foi identificada uma tendência temporal ascendente na mortalidade por suicídio, inclusive no Ceará, este apresentando taxas de suicídio superiores à média regional com 2,95 mortes por 100.000 mulheres (Dantas et al, 2020). Esses dados podem caracterizar-se pelo fato de na região Nordeste existir maior vulnerabilidade socioeconômica e alta concentração de renda, vinculada à questão da disseminação e internalização da violência na década de 2000 (Steeves *et al.*, 2015).

Na fala dos participantes é explicitado que a mulher possui um pensamento mais direcionado para o vínculo familiar, que o suicídio não é consumado por ela pela consideração dos impactos familiares, G1E3 “Acredito que as mulheres durante o pensamento suicida e as vias de fato, pensem muito na família, levando a desistir.”. Na América Latina, indo na mesma direção, pesquisa de revisão sistemática demonstra que 3 de 4 estudos avaliaram o gênero feminino como fator de risco para tentativas, pois apresentaram maior frequência nesses casos (Teti *et al.*, 2014). Meira *et al.* (2021) demonstra que o gênero feminino forma maioria nas tentativas de suicídio no Brasil com 68% entre 2010 e 2018. Vale ressaltar o conceito do “paradoxo do suicídio”, em que os homens sofrem mais pelo suicídio, enquanto as mulheres manifestam mais ideação e tentativas, sendo mais afetadas pelo

comportamento suicida (Beautrais, 2006; Meneghel *et al.*, 2012).

É importante dizermos que a definição de gênero vai além do conceito de sexo feminino e masculino. Entende-se que a caracterização de gênero leva em consideração as diferenças entre os sujeitos, que são promovidas pela cultura, e assim, tem-se combinações pelos quais uma sociedade converte a sexualidade de base biológica em realizações da vida humana e desconfigurações de poder entre homens e mulheres (Saffioti, 2004; Dantas *et al.*, 2023). As diferenças no fenômeno do suicídio expressam pelos gêneros podem se dar por uma configuração socialmente definida dos papéis de gênero marcada pelo patriarcado, que produzem desproporções nas relações de poder e implicam em subordinação e opressão das mulheres pelos homens (Zanello, 2018; Segato, 2012). A violência de gênero é tida como um forte preditor para o aparecimento do comportamento suicida (Beautrais, 2006; Drevies *et al.*, 2011, Minayo *et al.*, 2013). Outro contaponto é que fatores como depressão, ansiedade, violência doméstica, métodos menos letais, entre outros são mais presentes em mulheres (Sundaravalli *et al.*, 2023; Weiis *et al.*, 2022; Berardelli, 2023). Dessa forma, compreende-se que as mulheres estão em posição de vulnerabilização e que políticas públicas voltadas para essas devem ser ampliadas no âmbito de intersetorial, relacionando mulher, trabalho, este muitas vezes invisibilizado, e saúde mental.

No tocante à faixa etária, observa-se uma mudança quando comparado suicídio e tentativas, mais ainda em adultos jovens. Quanto às tentativas, estudo corrobora com o nosso, apresentando, no recorte temporal de 2015 a 2022, que 28,4% era na faixa etária de 20 a 29 anos (Oliveira *et al.*, 2024). A pesquisa de Palma *et al.* (2024) conecta-se com nossa análise, indicando o maior percentual na faixa etária de 30 a 49 anos da mortalidade por suicídio (43,3%). Ainda, Silva *et al.* (2024) aponta que 2018, a maior proporção de suicídios no Brasil ocorreu entre indivíduos de 30 a 39 anos (20,7%). Entretanto, a faixa etária de 50 a 65 anos teve a maior taxa de mortalidade (7,3 por 100.000), seguido da faixa etária de 30 a 49 anos (6,9 por 100.000) (Palma *et al.*, 2024). Esses dados sugerem que os adultos mais velhos que ainda trabalham possuem maior risco de suicídio. Além disso, na América Latina, a faixa etária de alta produtividade permanece entre 30 e 55 anos (Amarante *et al.*, 2021), olhando por essa perspectiva e entendendo o suicídio como multifacetado,

pode-se compreender que uma maior produtividade também pode gerar sobrecargas laborais, afetando a saúde mental das pessoas.

No que concerne ao estado civil, estudos revelam que as pessoas solteiras ou separadas tendem a ter menos apoio familiar, de amigos ou no trabalho, o que propicia sentimentos de isolamento e/ou solidão, aumentando o risco de suicídio (Correa *et al.*, 2020; Sapara *et al.*, 2021). Por essa ótica, em nossos dados qualitativos, o participante G1P3 relata acerca de problemas de relacionamentos e familiares que os usuários apresentam, indicando o sofrimento mental relacionado a essas relações não compreendidas:

Quando a gente vai pensar além das questões financeiras, a questão do relacionamento não compreendido, são termos de relacionamentos... E aí, eu pergunto, será que a família realmente estava pronta para ouvir? E a gente também se depara muito acho que a realidade não só aqui do Ceará, é a questão da rede de apoio.

Isso pode remeter que esses usuários-trabalhadores podem além de obterem dificuldades no ambiente laboral, ainda passar por aspectos relacionais ou sem rede de apoio, contribuindo para o adoecimento psíquico.

Em relação à raça/cor, os resultados do presente estudo se alinham à tendência nacional de maior vulnerabilidade na população não branca. Dados do Ministério da Saúde (2024), indicam que a população negra (pretos e pardos) possui um coeficiente de mortalidade proporcional por suicídio de 0,95, enquanto a população branca está em 0,76. Contudo, nesse estudo os indígenas estão com a maior proporção no coeficiente de mortalidade por suicídio com 2,88.

Semelhanças ocorreram em nosso estudo e o de Silva *et al.* (2022), este traz que no Nordeste, de 2008 a 2018, a maioria das mortes por suicídio ocorreu entre homens (79,5%), indivíduos identificados como pardos (76,8%). Além disso, a análise permitiu verificar um aumento estatisticamente significativo na mortalidade por suicídio com grupos espaciais (clusters) principalmente no Piauí e no Ceará. Isso denota esses estados como áreas específicas críticas no aumento do suicídio, sugere-se a presença de fatores que possam potencializar a vulnerabilidade dessas regiões. Essa disparidade corrobora com estudo que afirma que o racismo estrutural atua como um dos fatores de compreensão do suicídio entre negros. Propõe-se ainda, nesse

contexto, o suicídio como um possível ato a partir da invisibilização (Kilomba, 2019). Stuart Hall reflete que “raça é uma construção política e social. É uma categoria discursiva em torno da qual se organiza um sistema de poder socioeconômico, de exploração e exclusão — ou seja, o racismo”. Ser preto ou pardo no Brasil pode amplificar aspectos do comportamento suicida, como os pensamentos suicidas (Kantorski *et al.*, 2021; Côrrea *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, os processos de determinação social baseiam-se das práticas de violência cultural e simbólica procedentes do histórico colonial, onde perpetuam-se a discriminação, a exploração, a escravidão e o patriarcado. A estrutura engendra o mecanismo de reprodução da violência direta e indireta, derivadas desse padrão político de dominação e vinculadas ao modelo econômico do neoliberalismo, que consolida as iniquidades e exclusão, mantendo o grupo vulnerabilizado ao sofrimento social (Rylko-Bauer *et al.*, 2017). Em relação às desigualdades, em 2022, o Ceará esteve com 57,4% da população em situação de pobreza (IJSN, 2022). Entretanto, na série histórica, o Ceará vem em curva decrescente atingindo em 2024 o menor percentual de pobreza (43,3%) desde 2012 (IPECE, 2024), embora ainda que se identifica como um alto percentual, com quase metade da população na linha da pobreza. Além disso, a população negra no Ceará representa 71,5%, sendo também os negros com maiores taxas de analfabetismo, desemprego e pobreza (IBGE, 2022). Dispõe-se de hipóteses que a desigualdade de renda eleva a taxa de suicídio (Gonçalves *et al.*, 2011; Loureiro *et al.*, 2010), atuando assim como um dos determinantes. Pesquisa em 6 grandes cidades brasileiras afirma que há associação significativa entre desigualdade social e taxas de suicídio entre adolescentes mulheres de 15 a 19 anos, ao passo que adolescentes do gênero masculino não obteve associação (Varas *et al.*, 2019). Todavia, estudo aponta correlação significativa e negativa entre os indicadores de desigualdade social e a taxa de mortalidade por suicídio (Schnitmana *et al.*, 2010). Portanto, apreende-se que o fenômeno do suicídio vai muito além de questões apenas individuais, emerge como um marcador coletivo das desigualdades sociais e econômicas, onde existem corpos mais suscetíveis à morte.

Outroassim, a interseccionalidade entre raça, classe e gênero também é tida como central em pesquisas recentes. Manelli *et al.* (2025) destaca que o

ordenamento social capitalista, patriarcal e racista abstém-se da existência das mulheres por meio da exploração, invisibilidade e violência, enfatizando que o racismo estrutural é um dispositivo de poder que efetiva a exposição desigual ao adoecimento mental e à morte. É importante dizer que quando Estado não intervém nos marcadores sociais, a morte para o sujeito naquela estrutura social pode aproximar-se como uma possibilidade pela impotência de alcançar a ascendência dentro da hierarquia meritocrática estabelecida (Martinelli *et al.*, 2025). Ainda, estudo aponta que das tentativas de suicídio em mulheres, que formam maioria, 55,3% das donas de casa eram negras (Melo *et al.*, 2020). Representando, assim, a violência imposta a essas mulheres negras que travam múltiplas jornadas de trabalho e sofrem com a exclusão social, produzindo sofrimento.

Segundo a escolaridade, o percentual mais elevado foi dos indivíduos que cometeram suicídio que apresentavam nível de instrução referente ao ensino médio (26%), enquanto nas tentativas observa-se igualmente o ensino médio completo, com 20,4%. Contudo, destaca-se que 36,8 % dos registros essa informação foi ignorada. Esses dados alinham-se com estudo do Brasil em período pré-crise (2011-2013) apresentando a maior frequência de suicídio da população trabalhadora com número maior ou igual a 8 anos de educação formal (26%) (Barreto *et al.*, 2021). Em 2021, as notificações da violência autoprovocada evidenciaram maior prevalência de pessoas com ensino médio (30,2%) (Brasil, 2024). Tais condições chamam a atenção e deve-se mencionar sobre a atuação desse fator. O nível de escolaridade pode influenciar diversos elementos essenciais à saúde física e mental, como o acesso à informação, à alimentação, empregos e serviços de saúde (Palma *et al.*, 2024). Nos grupos de baixa e média escolaridade, têm-se uma restrição de acesso a esses recursos, baixa renda e condições de vida precárias de um modo geral, sendo situações, quando em conjunto, geradoras de sofrimento e, com capacidade de influenciar em comportamento suicida (Kantorski *et al.*, 2021; Treichel *et al.*, 2018; Aslam *et al.*, 2019).

A prevalência do enforcamento como método de suicídio no estado do Ceará (77,4%) - CID 10 X70, autointoxicação intencional por medicamentos (3,7%) - CID 10 X64 e da autointoxicação intencional por pesticidas (2,9%, variando regionalmente) - CID 10 X68. Nas tentativas, as proporções diferem exibindo o X61

- autointoxicação intencional por drogas como anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos (27%), seguido do X64 -Auto-intoxicação intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas (21,3%) e o X68 - autointoxicação intencional por pesticidas (12,5%). Tais dados demonstra o papel central do acesso a meios relacionado ao trabalho como mecanismo que vulnerabiliza a ocupação relaciona a letalidade do ato suicida (LaMontagne *et al.*, 2024). Estudo semelhante demonstra o enforcamento como principal método utilizado entre os trabalhadores no Brasil na mortalidade por suicídio (71,4%), seguido por disparos de arma (6,9%) e precipitação de local elevado (3,5%). Na quarta posição está a autointoxicação por medicamentos (3%) e como terceira posição a autointoxicação por pesticidas apresentando percentual de 2,2% (Palma *et al.*, 2023), números estes correlatos à esta pesquisa.

Nas tentativas, as proporções diferem exibindo o X61 - autointoxicação intencional por drogas como anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos (27%), seguido do X64 -Auto-intoxicação intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas (21,3%) e o X68 - autointoxicação intencional por pesticidas (12,5%). Tais achados estão em conformidade com os resultados obtidos em pesquisa realizada em Alagoas, em que a intoxicação foi o mais utilizado em ambos os sexos, notavelmente pelas mulheres (67,1%), que optaram duas vezes mais por esse método do que os homens (Oliveira *et al.*, 2020). A literatura aponta que, em geral, as mulheres recorrem para métodos mais brandos (Magalhães *et al.*, 2014; Cavalcante *et al.*, 2015). Indo ao encontro da literatura, a percepção dos participantes exalta que as mulheres tendem a utilizar métodos de progressão mais lenta, que permitam maior oportunidade para auxílio e intervenção, seja por rede de apoio familiar ou profissionais de saúde.

Os métodos relacionam-se com a ocupação, pois o acesso a armas, medicamentos ou substâncias tóxicas aumenta a possibilidade de esses meios serem utilizados, sendo esse efeito ainda mais pronunciado entre mulheres em profissões com acesso facilitado, enfatizando a necessidade de políticas que limitem o acesso a esses meios em determinados ofícios como estratégia de prevenção (Milner *et al.*, 2017).

A diferenciação dos métodos utilizados entre os gêneros tem algumas

possíveis explicações. Divergem principalmente devido à escolha de métodos mais letais pelos homens e fatores relacionados à intenção suicida. Os homens tendem a escolher meios mais violentos e letais, como enforcamento e armas de fogo, enquanto as mulheres escolhem métodos menos letais, como intoxicação por medicamentos, o que favorece para taxas mais altas de suicídio consumado nos homens, porém maiores tentativas entre mulheres (Cai *et al.*, 2021; Mergl *et al.*, 2015; Berardelli *et al.*, 2023). Ainda assim, a mortalidade não difere apenas na escolha do método, mas também uma maior determinação e intencionalidade dos atos suicidas masculinos, a despeito de ainda utilizarem os mesmos métodos (Kim *et al.*, 2023). Outra divergência é em relação à familiaridade com o método e o acesso, nos EUA os homens possuem mais acesso e sabem como utilizar mais armas de fogo que as mulheres (Denning *et al.*, 2000; Klieve *et al.*, 2009). Além disso, mulheres buscam mais suporte e fazem tratamento do estado emocional, caracterizando-se como um fator protetivo à mortalidade (Wang *et al.*, 2023). Por fim, sugere-se que a escolha também pode estar associada às expectativas sociais de gênero, com os homens tendendo a escolher métodos mais agressivos e letais. Isso é coerente com as normas masculinas que valorizam a força e comportamento agressivo. Enquanto para mulheres, pode haver preferência de meios menos dolorosos e que não atinjam a aparência do corpo, se alinhando ao estereótipo dos atributos femininos do cuidado com a aparência física (Callanan *et al.*, 2012; Chuang *et al.*, 2004).

Em relação às ocupações, a prevalência de casos de suicídio entre trabalhadores da exploração agropecuária (16,8%), chegando a 28,6% na região Litoral Leste/Jaguaribe, e aparecendo como o mais frequente em quatro regiões do Ceará, exceto o Cariri. Corroborando como nosso estudo, existem evidências sobre o alto risco suicida neste setor (Klingelschmidt *et al.*, 2018). Os dados qualitativos complementam essa análise ao identificar múltiplas vulnerabilidades ocupacionais desta população: exposição ocupacional a agrotóxicos, o trabalho sazonal, a precarização laboral e o acesso facilitado a meios letais. Dados do Centers for Disease Control and prevention (CDC) americano revela que esse grupo ocupa a segunda maior taxa de suicídio 49,9 por 100.00 (Sussel *et al.*, 2023).

No que diz respeito às violências autoprovocadas intencionalmente relacionadas ao trabalho, observou-se proporção de 0,25% (n=11) dos casos,

destacou-se a Região de Saúde Fortaleza apresentando o maior percentual (1%, n=1) entre as demais regiões. Em corroboração com nosso estudo, De acordo com Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2017), entre 2011 e 2016, as tentativas de suicídio relacionado ao trabalho representaram 0,6% (n=299). Tais dados contribuem para a compreensão de que possivelmente haja expressiva subnotificação, o que pode ser atribuído da possível não preparação dos profissionais da perícia para relacionar esses eventos ao trabalho.

Estudos sugerem alguns fatores para a subnotificação dos casos de acidentes de trabalho fatais, como: erros de registro e preenchimento incompleto, especialmente daquele destinado à informação sobre a associação do óbito ocorrido com o trabalho (campo acidente de trabalho); a discordância entre o registro da causa básica do óbito e as circunstâncias do acidente ou violência que resultaram em morte; e, a dificuldade enfrentada pelo médico legista em identificar adequadamente a causa externa da lesão responsável pelo óbito (Oliveira *et al.*, 1997, Lee, 1999, Lucca, 1993). Contribuindo com essa visão, Nomellini *et al.* (2013), verificou que na cidade de Palmas (TO), após investigação dos casos de óbitos por acidentes e violências, 100% dos casos desses óbitos por acidentes e violências relacionadas ao trabalho foram subnotificados no SIM. Além da subnotificação, existe ainda a questão dos casos de suicídio que são mascarados sob outras classificações de causa de morte, como afogamentos, acidentes de automóvel, envenenamentos acidentais ou mortes classificadas como de causa indeterminada (Gotsens *et al.*, 2011). Faz-se, então, necessária as ações de capacitações com os profissionais sobre o nexo causal e acerca da qualidade de preenchimento dos SIM e SINAN.

Diante desse cenário, apesar dos dados sociodemográficos apresentados serem unicamente descritivos, a partir da literatura apresentada, compreende-se que o suicídio e as tentativas de suicídio são desencadeados a partir de uma multiplicidade de fatores que, em conjunto, podem alterar o percurso do processo saúde-doença. Precisa-se entender que as políticas públicas devem conter interfaces para a sua efetividade, assim como, o olhar ser direcionado para a população que é afetada de maneira negativa pela desigualdade social presente no Brasil. Dessa maneira, consegue-se combater as iniquidades e mudar a realidade na base da sociedade, e, conseqüentemente, interferir no processo de adoecimento, reflexo das relações

sociais.

## **7.1 Determinantes territoriais e vulnerabilidades ocupacionais**

### **7.1.1 Trabalhadores e produtores agropecuários**

A análise quantitativa e qualitativa revelou determinantes importantes. Os trabalhadores da exploração agropecuária e os produtores da exploração agropecuária representam juntos 38,8% da letalidade por suicídio. Além disso, os achados quantitativos demonstraram que o CID X68 - autointoxicação por pesticidas representa o terceiro método mais prevalente de suicídio no estado (2,9%), com variações regionais (3,9% em Fortaleza, 3,3% em Sobral). Os achados qualitativos complementam esse fato ao identificar a exposição ocupacional a agrotóxicos como determinante de vulnerabilidade, conforme relatado pelos participantes: "exposição desses agricultores as substâncias tóxicas que podem agravar as suas o seu quadro de saúde mental e levar um suicídio".

Estudo que objetivou verificar os suicídios entre trabalhadores e trabalhadoras revela que, em 2019, a maioria dos suicídios entre trabalhadores brasileiros ocorreram na agricultura e na pesca, tanto em homens quanto em mulheres (20,9% e 8,4 %, respectivamente). O Brasil tem um histórico neocolonial, escravocrata e de exploração agrária, no qual imprime aspectos de sofrimento no ambiente de trabalho. Alia-se a isso, o fato de a maior parte dos trabalhadores serem negros (Palma *et al.*, 2024), como já discutido anteriormente. Motivos como o fácil acesso a agrotóxicos e armas de fogo, exposição prolongada a substâncias tóxicas (como pesticidas), dificuldades financeiras, isolamento social, estigma em relação à busca de auxílio profissional são essenciais para entender tais números (Barbosa *et al.*, 2021; Purc-Stephenson *et al.*, 2023; Ringering *et al.*, 2024; Barbosa *et al.*, 2023; Perceval *et al.*, 2019). O uso de agrotóxicos pelos trabalhadores agropecuários tem sido amplamente discutido e associado ao suicídio, a exposição prolongada e aguda leva à distúrbios de saúde. O alto nível de compostos de pesticidas pode resultar em degradação de enzimas, principalmente os organofosforados que são altamente tóxicos e danificam a acetilcolinesterase, uma enzima que atua para controlar os sinais nervosos no corpo humano, gerando transtornos mentais (Quandt *et al.*, 2010, Tafuri *et al.*, 1987, Dalbó *et al.*, 2019). Outro importante fator que pode contribuir

para o risco do suicídio entre esses trabalhadores é o acesso, não necessariamente somente pelo risco de autointoxicação, mas também pelo comércio informal que pode incentivar a venda dos agrotóxicos por pessoas sem treinamento e, dessa forma, haver a aplicação e o armazenamento inadequado (Júnior *et al.*, 2024).

Ainda nessa conjuntura, o ambiente do trabalho no campo pode sofrer com eventos climáticos extremos, como secas e enchentes, afetando diretamente a produtividade agrícola e instituindo crises financeiras. Além disso, insuficiência de apoio das políticas governamentais, obstáculos no acesso a serviços de saúde mental, conflitos ambientais envolvendo também restrições às atividades produtivas e desigualdade no acesso à terra e aos benefícios do desenvolvimento rural intensificam a vulnerabilidade desses trabalhadores, impactando o bem-estar mental e, assim, a vulnerabilização ao suicídio (Rocha *et al.*, 2018; Palma *et al.*, 2024; Araújo *et al.*, 2024; Perceval *et al.*, 2019; Barve *et al.*, 2021; Purc-Stephenson *et al.*, 2023, Barbosa *et al.*, 2021). No tocante ao acesso aos serviços de saúde mental, há consenso de que entre as barreiras enfrentadas pelos trabalhadores agropecuários estão a carência de profissionais de saúde mental nas áreas rurais, a distância física em relação aos serviços, as limitações de transporte, falta de recursos e a precariedade da infraestrutura local (Júnior *et al.*, 2024; Razzouk *et al.*, 2020; Sampaio *et al.*, 2021; Bezerra *et al.*, 2023). Observa-se a construção de múltiplos fatores que podem agravar a saúde mental dessa população trabalhadora e levar ao suicídio, além de não colocar apenas os transtornos mentais individual como a única causa, e sim como determinações estruturais da sociedade.

Os conflitos ambientais, desencadeados a partir de disparidades estabelecidas entre os atores dos grandes empreendimentos, que contam majoritariamente com o respaldo do Estado, e as comunidades ameaçadas e impactadas por essas empresas, são traços do modelo neodesenvolvimentista atualmente vigente nos países integrantes do Sul Global, baseado em uma forma de concentração do capital (Harvey, 2004). Tais conflitos ao modificarem a natureza e provocarem novas dinâmicas nas relações humanas e o ambiente, configuram-se como a origem das alterações do processo saúde-doença de distintos grupos sociais (Rigotto *et al.*, 2018). Nesse contexto, têm-se a desterritorialização devida à implantação dos processos produtivos gerados por essas empresas, como as do

agronegócio, sujeitando as pessoas ao emprego precarizado (Svampa, 2011; Rigotto *et al.*, 2018), podendo dessa forma, reconfigurar as relações de trabalho e modos de vida da população, inclusive os trabalhadores da agropecuária, nesses locais, além de impactar na saúde mental, pois esses conflitos incluem alguma forma de violência nessas comunidades (Rocha *et al.*, 2017). Os achados qualitativos do presente estudo convergem com esses dados, citando conflitos que ocorreram em regiões do Ceará, e que causaram, inclusive assassinatos de líderes comunitários, além de provocar sentimentos de medo entre os trabalhadores agrícolas.

Destacamos aqui ainda o conceito de injustiça ambiental, pois os trabalhadores do campo, muitas vezes, labutam e moram no mesmo espaço, como dito também na fala dos participantes. A Rede Brasileira de Justiça Ambiental descreve como:

Entendemos por injustiça ambiental o mecanismo pelo qual sociedades desiguais, do ponto de vista econômico e social, destinam a maior carga dos danos ambientais do desenvolvimento às populações de baixa renda, aos grupos raciais discriminados, aos povos étnicos tradicionais, aos bairros operários, às populações marginalizadas e vulneráveis (RBJA, 2001).

No caso dos trabalhadores agropecuários, essa injustiça é manifestada através das disparidades socioeconômicas que existem, pois como já discutido anteriormente, a maioria desses trabalhadores são negros, pobres, povos marginalizados, em ambientes que vivenciam esses conflitos. O uso dos pesticidas nessas empresas acaba recaindo nessa população trabalhadora, e ainda para a sua família e povo dessas comunidades. Estudo afirma que trabalhadores agrícolas de minorias raciais/étnicas estão em empregos de baixa remuneração que necessitam de benefícios primordiais, como salário mínimo, pagamento de horas extras, direitos de negociação coletiva ou licença médica remunerada. Isso mantém a condição de pobreza e está associado a resultados ruins de saúde física e mental. Para lidar com essas desigualdades demanda mudanças de foco em sujeitos individualizados para mudanças sistêmicas na sociedade (Yearby *et al.*, 2023).

Pesquisas convergem com esses achados e encontra fundamentação que identificam associação entre exposição ocupacional a pesticidas e piora de sintomas

depressivos (Cancino *et al.*, 2023, Frengidou *et al.*, 2024). A literatura revela que a neurotoxicidade destes compostos pode afetar diretamente os sistemas neurológicos envolvidos na regulação do humor, constituindo um mecanismo biológico para o aumento do risco suicida observado (Freire *et al.*, 2013). Pesquisa comparativa entre camponeses do semiárido brasileiro expostos a agrotóxicos versus práticas agroecológicas demonstrou que exposição crônica se associou ao aumento de chances de ideação suicida (Gonzaga *et al.*, 2021).

A exposição dos familiares aos pesticidas, relatada pelos participantes do presente estudo - "Isso não tanto diretamente dos homens que vão para ali para roça no seu trabalho quanto das mulheres em casa que vem aqui vão lavar essas roupas essas vasilhas" - representa um achado relevante. Corroborando com esse dado, revisões sistemáticas reforçam que crianças e outros familiares de trabalhadores rurais têm níveis de exposição a pesticidas maiores do que famílias não envolvidas na agricultura, principalmente devido à chamada "via take-home", quando resíduos de pesticidas são levados para casa nas roupas, calçados e objetos dos trabalhadores. Aspectos como proximidade da residência às áreas de cultivo, número de trabalhadores agrícolas na família e os comportamentos de higiene exercem influência no grau de exposição dos familiares (Hyland *et al.*, 2017; López-Gálvez *et al.*, 2019). Esses achados convergem com nosso estudo destacando a importância de estratégias para reduzir a exposição de toda a família.

Além disso, estudos em áreas de uso intensivo de pesticidas documentam aumento de hospitalizações por tentativas de suicídio não apenas entre trabalhadores, mas também entre os moradores dessas áreas (Meyer *et al.*, 2010), sugerindo que a exposição ultrapassa o ambiente laboral direto e indicando o impacto ambiental gerado.

Os estudos apontam que a exposição crônica a pesticidas aumenta a prevalência de sintomas depressivos e ideação suicida em agricultores, ademais sugerem que as áreas rurais com o uso intensivo de agrotóxicos apresentam taxas mais altas de suicídio (Zanchi *et al.*, 2023; Gonzaga *et al.*, 2021; Wu *et al.*, 2023).

Políticas públicas que promovam a saúde humana e ambiental é essencial na contemporaneidade. Dito isso, políticas que restrinjam mais o acesso

indiscriminado a pesticidas é fundamental. No caso dos agrotóxicos, o sistema tributário tem priorizado a redução de custos para o setor produtivo, concedendo isenções e reduções tributárias. No entanto, tal prática apresenta riscos para a saúde pública e ao meio ambiente, sujeitando a sociedade a riscos com a facilitação de aquisições (Alvarenga *et al.*, 2025), inclusive no que diz respeito às tentativas de suicídio e suicídio permitindo o acesso facilitado com a insuficiência de regulamentações mais rigorosas.

### **7.1.2. Indústria extrativa e construção civil**

Pesquisa realizada no Reino Unido, dados de 2015 a 2021, mostram que as taxas de suicídio entre trabalhadores da construção civil são aproximadamente três vezes maiores quando comparadas com outras ocupações (Hare et al, 2024). Segundo os dados do CDC americano, a construção civil possui a maior taxa de suicídio (Sussel *et al.*, 2023). No Brasil, os trabalhadores da indústria atingiram a quinta posição em números absolutos de letalidade por suicídio (Palma *et al.*, 2023). Estudos realizados com os trabalhadores da indústria indica que é um ambiente de trabalho intensificado, caracterizado por ritmos intensos, jornadas de trabalho prolongadas, práticas de gerenciamento motivadas pelo estresse para maior produtividade, perigos relacionados às práticas industriais, contribuindo para o estresse. Além disso, há exigência mental com o uso de tecnologias com processos complexos e que inferem possibilidades de erros de alto risco e mudanças na sociabilidade com as dinâmicas das interações no local de trabalho, gerando instabilidade (Pina *et al.*, 2018; Lima *et al.*, 2006, Paiva *et al.*, 2021). Dito isso, apreende-se que esses trabalhadores expostos a tais condições no ambiente laboral podem afetar a saúde mental dos mesmos, visto que são estressores conhecidos.

Como explicitado anteriormente sobre a determinação social nos processos de trabalho, destacamos ainda, as ocupações que exigem menor qualificação dentro da construção civil, como os serventes e os trabalhadores braçais, apresentam risco de suicídio ainda mais elevado, possivelmente atribuído a fatores socioeconômicos e ao acesso limitado aos serviços de saúde (Mehlig *et al.*, 2024; Hare *et al.*, 2023).

As narrativas qualitativas de nosso estudo elucidam o setor industrial como um trabalho vulnerabilizado, o assédio moral que aparece revela a cobrança e pressão psicológica. Ademais, a dificuldade da vigilância de adentrar nos locais de trabalho impede que situações como essas sejam combatidas de forma estratégica. Fatores como a alta demanda de trabalho, insegurança no emprego, lesões ocupacionais, baixos salários, más condições de vida e baixo suporte social pode explicar esses dados (Nwaogu *et al.*, 2023; Chan *et al.*, 2020; Aurelius *et al.*, 2024; Golzad *et al.*, 2023) A literatura internacional confirma que violência psicológica no trabalho constitui determinante importante de transtornos mentais e comportamento suicida (Wang *et al.*, 2025). O medo do desemprego foi identificado como fator que torna trabalhadores reféns de condições precárias: "Se você não quiser ter quem queira, se você não ficar nessas condições, eu não te pago", ilustrando como insegurança econômica amplifica as vulnerabilidades.

Dito isso, pela gravidade dos números apresentados de suicídio e tentativas, é essencial que sejam realizadas abordagens regionalizadas para os trabalhadores da indústria extrativa e construção civil para que sejam visibilizados e amparados por meio de políticas públicas específicas voltadas para as questões socioeconômicas, prevenção do suicídio e ampliação do acesso aos serviços.

### **7.1.3. Dona de casa: o trabalho invisibilizado**

A análise quantitativa aponta que 20,8% e 3,6 % das violências autoprovocadas intencionalmente e suicídio, respectivamente, ocorrem entre “donas de casa”, figurando como a ocupação com maior percentual das tentativas de suicídio no Estado do Ceará. A categoria também surge nos dados qualitativos como trabalho feminino invisibilizado: "A questão da dona de casa, a gente não considera uma ocupação, né? Mas é uma trabalhadora do sexo feminino invisibilizada". Esta invisibilização configura violência de gênero presente na sociedade ao negar o reconhecimento social dessa trabalhadora e proteção trabalhista. Convergindo como nosso estudo, pesquisa realizada em Palmas no período de 2010 a 2014 revela que 16,4% das violências autoprovocadas foram em donas de casa, estando atrás apenas de estudantes (Fernandes *et al.*, 2016).

O ambiente doméstico pode configurar-se como um dos fatores determinantes para a deterioração da saúde mental das mulheres donas de casa. Entre os elementos que contribuem para tal têm-se a jornada repetitiva e a incompletude das tarefas cotidianas, a exposição a produtos tóxicos e objetos perfurocortantes, a ausência de momentos de lazer e descanso, a falta da autonomia econômica e, em diversos casos, a submissão ao controle do marido (Santos 2008; 2014). O trabalho doméstico é tido como improdutivo e sem valorização, ao não serem reconhecidas socialmente, as donas de casa relutam em reconhecer seu próprio valor, comprometendo a sua forma de estar no mundo, e, conseqüentemente, a sua saúde mental (Santos *et al*, 2018).

Ainda nesse contexto, Pinho et al (2012) afirma que uma menor renda se correlaciona com maior sobrecarga de trabalho doméstico, assim como também piora com condições de moradia precárias. Outroassim, o estudo também revela associação entre sobrecarga de trabalho doméstico e transtornos mentais comuns.

Por outra perspectiva, o patriarcado está relacionado às violências exercidas contra os corpos femininos. Define-se o patriarcado como forma de regime na qual as relações são orientadas pelo princípio de que as as mulheres estão hierarquicamente subordinadas aos homens (Navaz *et al.*, 2006). Ademais, exista uma interrelação entre o patriarcado, racismo e capitalismo (Saffioti, 1992), aumentando a situação de vulnerabilidade socioeconômica, nesse contexto, através da dominação da mulher.

A OMS (2002) define a Violência Contra as Mulheres como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. Essa violência está associada às desigualdades sociais, condição econômica precária e baixos níveis de escolaridade (Balbinotti, 2018). Os estados do Norte e Nordeste são os que apresentam maior prevalência de violência, o que pode ser imputado à cultura machista dessas regiões, onde a violência é normalizada e impacta o seu reconhecimento pelas mulheres. Revela-se ainda, a violência psicológica com alta prevalência da violência psicológica, sendo essa o subtipo com maior ocorrência isolada (Vasconcelos *et al.*, 2025). Dessa maneira, segue-se o pensamento de Bourdieu (2002), pois a dominação do gênero feminino perpassa pelo patamar

simbólico, sendo exercido por meio de ameaças e humilhação.

De acordo com a OMS (2013a), há uma maior probabilidade em que mulheres em situação de violência infligida por seus conjugues tenha tido pensamentos suicidas o que já tentaram ao menos uma vez. Estudo demonstra uma associação entre tentativas de suicídio por intoxicação e notificações de violência doméstica, destaca-se que a exposição à violência predispõe as mulheres à morte por agressão e suicídio, bem como às tentativas de autoextermínio (Melo *et al.*, 2020).

As falas reforçam múltiplas jornadas não reconhecidas que constituem fator de adoecimento mental: "muitas vezes são inúmeras" jornadas que permanecem ocultas na classificação ocupacional brasileira. Esta análise conflui com pesquisas sobre diferenças de exposição por gênero, demonstrando como a distribuição de tarefas, incluindo trabalho feminino não remunerado, tende a ser sub reconhecida nas pesquisas e políticas (Biswas *et al.*, 2021).

A classificação ocupacional brasileira historicamente invisibiliza o trabalho das donas de casa, categorizando-o como inatividade econômica, apesar da grande carga horária dedicada a atividades domésticas, predominantemente realizada por mulheres (Bruschini, 2006). Esse trabalho não remunerado permanece ausente das estatísticas oficiais, contribuindo para a sua desvalorização social e econômica, ainda que esse seja fundamental para o funcionamento da sociedade (Feitosa *et al.*, 2020). Pesquisas revelam que, embora as mulheres tenham expandido a sua participação em ocupações formais, perdura a predominância em atividades tradicionalmente femininas, como o trabalho doméstico, que continua subvalorizado e reforça desigualdades de gênero e raça no contexto laboral brasileiro (Maciel, 2020).

Além disso, utiliza-se constantemente a categoria dona de casa nos registros oficiais, como em declarações de óbito e sistemas de informação, porém sem o reconhecimento de direitos trabalhistas ou previdenciários, o que acentua a vulnerabilidade social dessas mulheres (Feitosa *et al.*, 2020). A invisibilidade desse trabalho também influencia na saúde física e mental das donas de casa e trabalhadoras domésticas, que apresentam alta prevalência de sintomas depressão e ansiedade, muitas vezes agravados por situações precárias de trabalho e discriminação (Sales *et*

*al.*, 2003). Por fim, a perpetuação de estereótipos culturais enfatiza a ideia de que o papel da mulher deve ser restrito ao ambiente doméstico, dificultando avanços em políticas públicas voltadas à valorização e proteção desse trabalho (Middleton *et al.*, 2019; Leite *et al.*, 2021).

#### **7.1.4. Aposentado/pensionista**

Os aposentados e pensionistas são considerados fora da população economicamente ativa. No entanto, sua inclusão nos dados ocupacionais sugere vulnerabilidades específicas.

A aposentadoria constitui um processo que ultrapassa a ideia da saída total ou parcial da população economicamente ativa, mas configura-se como uma transição para os últimos estágios da fase adulta e conseqüente modificação da qualidade da saúde física e mental (Reitzes *et al.*, 1996). Além disso, a aposentadoria é considerada um seguro por cobrir a perda econômica em virtude da redução do tempo destinado pelos indivíduos ao exercício da atividade laboral (Oliveira *et al.*, 2021).

Pesquisas de Pires *et al.* (2009, p. 23) indicam que a tentativa de suicídio em idosos, propendem a ser mais eficaz do que as outras faixas etárias de jovens e adolescentes, o que pode estar relacionado a uma menor probabilidade de socorro chegar devido ao isolamento social. Outro estudo com o intuito de verificar os padrões de suicídio entre idosos no Brasil afirma que, no período de 2011 a 2022, houve um crescimento significativo (81,3%) nas mortes por suicídio. Além dos fatores de gênero, pois como já discutido anteriormente, os homens se suicidam mais que as mulheres, os fatores sociais, culturais e econômicos são fatores explicativos (Maciel *et al.*, 2025). A visão da masculinidade tradicional, muitas vezes ligada à negação de vulnerabilidades e à objeção da busca por suporte emocional, ligada ao papel social de provedor, intensifica o isolamento social e o sofrimento psicológico, especialmente depois da perda de autonomia, inclusive econômica (Meneghel *et al.*, 2012), dessa forma, ocorrem mudanças no modo de vida dessas pessoas idosas, e que muitas vezes são aposentados ou pensionistas. Em contraponto, no Brasil, o efeito dos benefícios previdenciários tem efeitos benéficos na saúde dos indivíduos, no

entanto variam entre gênero, melhores resultados para as mulheres, e localização geográfica (zona urbana ou rural). Esse bem-estar na saúde pode ser caracterizado pelo aumento da prática de hábitos saudáveis devido à maior disponibilidade de tempo e também ao alívio da sobrecarga laboral, além disso, a aposentadoria gera segurança na renda (Eibich, 2015; Oliveira *et al.*, 2021). Todos os fatores apresentados denotam os efeitos sociais atuando no bem-estar desses indivíduos, para o positivo ou negativo.

Nessa conjuntura, a ausência de significado existencial pode causar um grande desequilíbrio emocional nas fases finais da vida (Rosa, 2009). O sociólogo Elias (2001) relata que o envelhecer está ligado ao distanciamento social, invisibilidade, luto e abandono (Rosa, 2009; Elias, 2001).

Inicialmente, a etapa de transição para a aposentadoria pode atenuar o risco de depressão e suicídio em idosos, no entanto esse efeito protetor tende a diminuir com o tempo, principalmente após dez anos de aposentadoria, quando os sintomas depressivos aumentam, principalmente entre ex-trabalhadores não manuais e aqueles que se aposentam mais tarde. Quanto ao risco de suicídio, esse aumento após 5 anos de aposentadoria (Mosconi *et al.*, 2023). Corroborando também como questões psicossociais, saúde e socioeconômicas podem impactar no risco do suicídio, pesquisa realizada nos Estados Unidos, encontrou um aumento nos suicídios entre adultos com 50 anos ou mais relacionados à aposentadoria durante a Grande Recessão e seu período de recuperação. Dessa forma, destaca-se que a insegurança econômica, dificuldade de adaptação à novos papéis e isolamento social influenciam no processo saúde-doença (Ananthasubramaniam *et al.*, 2024).

Pesquisa longitudinal realizada na Austrália destaca que a aposentadoria voluntária tende a não aumentar o risco de suicídio em comparação com quem permanece empregado, em contrapartida a aposentadoria involuntária (por doença ou desemprego) apresenta um maior risco ao comportamento suicida (Page *et al.*, 2020).

Ademais, políticas públicas que facilitem a adaptação à aposentadoria e promovem resiliência, participação social e flexibilidade na idade de aposentadoria podem auxiliar para a proteção da saúde mental dos aposentados (Mosconi, 2023).

Nesse sentido, a relação entre aposentadoria, risco de suicídio e o trabalho é complexa, e aspectos como o tipo de transição para a aposentadoria e as condições do trabalho anteriores podem afetar o risco do suicídio. Entende-se que os suicídios relacionados à aposentadoria necessitam de pesquisas para desenvolver políticas públicas e programas intersetoriais que abordem os fatores psicossociais, socioeconômicos e de saúde que entendam como as transições de aposentadoria ao risco de suicídio.

### **7.1.5. Trabalhadores dos serviços**

O Subgrupo 51 da (CBO) constitui os Trabalhadores dos Serviços, que é mais amplo e são categorizados em oito divisões principais: supervisores dos serviços (510), trabalhadores de transporte e turismo (511), trabalhadores domésticos (512), hotelaria e alimentação (513), administração e manutenção de edifícios (514), saúde (515), embelezamento e cuidados pessoais (516), e proteção e segurança (517). Dentre esses trabalhadores, os que obtiveram maior frequência foram os trabalhadores domésticos (28,8%, n=110) e os trabalhadores de proteção e segurança (28,3%, n=108). No presente estudo, os trabalhadores dos serviços assumiram a quinta posição (5,1%, n= 381) em números de casos de suicídio, já nas tentativas permaneceram na quarta posição (6,7%, n=331). Esses números correlacionam-se com pesquisa realizada no Brasil de 2011 a 2013 e 2014 a 2016 (pré e pós crise), onde esses trabalhadores ficaram em terceiro lugar em suicídios com 13,4% em ambos os períodos (Barreto *et al.*, 2021).

Os trabalhadores de proteção e segurança encontrados neste estudo foram: Policiais federais, vigilantes e guardas de segurança, agente de segurança penitenciária, porteiros. Em consonância com o presente estudo, Palma *et al* (2024) encontrou que a segunda maior taxa de mortalidade global por suicídio no Brasil, atrás apenas da agricultura e da pesca, foi nos trabalhadores da força de segurança (policiais federais, militares e civis, bombeiros, agentes carcerários, força nacional, vigias e guardas) com 20,4/100 mil, seguido de trabalhadores da saúde (13,9/100 mil). Isso propõe características marcantes do trabalho, de acordo com o Anuário de Segurança Pública de 2020, o número de mortes por suicídio entre os policiais supera o registrado por outras causas.

No Anuário de Segurança Pública de 2024, o Ceará ocupa o terceiro lugar por mortes violentas intencionais e encontra-se na quinta posição na taxa de suicídio entre os policiais (0,4/1mil policiais da ativa), demonstrando a violência extrema no estado com a qual os policiais lidam diariamente. Ademais, o suicídio nessa categoria figura em quase oito vezes maior em comparação com a população em geral. Nesse cenário, essas características podem torná-los mais vulneráveis ao estresse extremo, e, conseqüentemente, podendo haver comportamento suicida. As condições que podem explicar dados dos suicídios são múltiplas, como o estresse laboral, a exposição a eventos traumáticos, o trabalho em regime de turnos, os problemas de relacionamento, o abuso de álcool e a inserção em uma cultura de violência, dita como algo intrínseco à profissão (Chu *et al.*, 2020).

As narrativas qualitativas reforçam o estresse vivenciado pelos policiais, pois estes atuam em territórios tomados por facções criminosas, e ao mesmo tempo, têm o dever do trabalho de trazer resultados para o Estado, evidenciando um ambiente laboral extenuante e de extrema violência. As causas de estresse policial também podem ser decorrentes das atividades das práticas de policiamento, e dos estressores organizacionais, relacionados à dinâmica organizacional (Queirós *et al.*, 2020). Outroassim, a identidade policial contribui para a vulnerabilização do trabalhador da segurança, pois as instituições de segurança pública cada vez mais recebem demandas de atender à sociedade e são reconhecidos como policial apenas se ocuparem espaços com atividades de repressão (FBSP, 2024).

O acesso aos meios letais para esses trabalhadores como a arma de fogo institucional parece influenciar na facilitação do suicídio. Marins *et al.* (2023) revela que 91,4 % dos suicídios entre os policiais rodoviários federais foram com armas de fogo. Outro estudo mostra que pessoas que tem acesso a arma tem 3 vezes mais risco de cometer suicídio (Schlosser *et al.*, 2021). Isso indica que a posse da arma contínua pode aumentar o risco do suicídio.

Os trabalhadores domésticos que aparecerem neste estudo foram os empregados domésticos nos serviços gerais, empregado doméstico arrumador, empregado doméstico diarista e faxineiro no serviço doméstico. Particularmente, essa ocupação é uma das mais antigas da América Latina e do Brasil intrinsecamente ligada ao histórico de colonização, escravização e desigualdade social que são

conservadas ao longo dos séculos (Nascimento *et al.*, 2025). O Brasil foi o último país das Américas a abolir formalmente a escravidão em 1888. Contudo, essa libertação não foi acompanhada de políticas públicas para a reinserção social e econômica dessa população (Fialho, 2021). Ainda que formalmente libertas, muitas mulheres negras permaneceram trabalhando em residência de famílias em troca de alimentação e desprotegidas legalmente, o discurso negava o caráter econômico do trabalho doméstico desempenhado por essas mulheres, pois eram vistas como “parte da família” ao invés de trabalhadoras, perpetuando dessa forma a exploração (Saffioti, 1978). Conforme Quijano (2005), a colonialidade do poder trata-se de um sistema de poder capitalista, moderno/colonial e estruturado pelo eurocentrismo. É fundamentado pela ideia de raça, e que foi criada para naturalizar a inferioridade dos colonizados em relação aos colonizadores, assim, o legado de exploração e dominação advindo da época colonial, ainda se encontra presente nas práticas laborais atuais. Dessa forma, no contexto brasileiro, essa atividade ainda é atravessada pela colonialidade do poder, com os marcadores de gênero, classe e raça, e possui resíduos estruturais que determinam a evolução socioeconômica do sistema capitalista, implicando nas experiências laborais dessas mulheres (Carvalho *et al.*, 2023).

O contexto sociopolítico desvaloriza tal profissão e as condições de trabalho das empregadas domésticas materializa-se sob condições precárias de informalidade, jornadas extenuantes, baixa remuneração e múltiplas jornadas, pois atuam nos locais dos empregadores e em suas próprias casas com tarefas semelhantes. Além disso, o estigma desse labor e preconceitos nos ambientes laborais contribuem para a exclusão social e exploração (Nascimento *et al.*, 2025; Sousa *et al.*, 2022). No quesito de direitos trabalhistas, a legislação brasileira avançou ao aprovar a “PEC das Domésticas” em 2013 e a Lei complementar nº 150 em 2015 que estabelecem os direitos das trabalhadoras domésticas aos de outras categorias ocupacionais, como salário mínimo, FGTS obrigatório, limitação da jornada de trabalho, entre outros (Reis *et al.*, 2024; Roberto *et al.*, 2024). Entretanto, ainda há desafios para a efetivação de tais garantias, 76% das trabalhadoras ainda não possuem carteira assinada (DIEESE, 2022). Diante desse cenário, pesquisas evidenciam que os impactos sobre a saúde mental dessas mulheres são intensificados devido à instabilidade financeira, carência de benefícios essenciais e pela falta de garantias trabalhistas, elementos que

contribuem para o surgimento de sintomas como estresse, ansiedade e depressão. Ademais, a reduzida participação sindical e a insuficiente conscientização acerca dos direitos laborais acentuam a vulnerabilização dessas trabalhadoras, mantendo o ciclo de exploração e de invisibilidade social (Nascimento *et al.*, 2025). Diante disso, entende-se que o trabalho doméstico perpassa por múltiplos fatores que afetam a saúde mental dessas trabalhadoras.

#### **7.1.6. Desempregados crônicos**

Os desempregados crônicos não estão como ocupação, mas possuem um código específico no campo do CBO. Na mortalidade por suicídio não figurou entre os cinco mais frequentes. No entanto, nas tentativas de suicídio ocupam a quarta posição com 6,9%. Estudo de metanálise realizado em 2021 apontou que o desemprego está significativamente associado a um aumento das tentativas de suicídio com 1,54 mais chances em comparação com os empregados (Amiri, 2021). No entanto, estudo realizado na Argentina revela que o desemprego não possui quantidade “relevante” nas tentativas, representando 1,6% do total dos casos, sugerindo que pode haver diferenças entre regiões desenvolvidas e em desenvolvimento (Steinmetz *et al.*, 2019). No Brasil, estudo mostra que a situação de vulnerabilidade econômica possui uma relação positiva na determinação do número de mortes por suicídios.

Aspectos de ordem econômica, como o desemprego, a redução da expectativa de vida, a incerteza em relação ao futuro, entre outros, são aspectos que deterioram a saúde mental das pessoas e podem contribuir para a ocorrência do suicídio (Chen *et al.*, 2020; Gonçalves *et al.*, 2011). Ademais, cenários de crise econômica, como a recessão global de 2008 e crise sanitária, a pandemia podem agravar a instabilidade econômica e vulnerabilidade social, contribuindo para o aumento de comportamentos suicidas (Spiecker *et al.*, 2021; Peper-Nascimento *et al.*, 2024). Outro aspecto importante pode ser em relação aos papéis socialmente definidos de gênero, a falência dos homens em conseguir prover a família influencia a mortalidade. Além disso, a crescente participação feminina no mercado de trabalho tem gerado competitividade entre os gêneros (Chen *et al.*, 2007). Ainda, segundo Cylus *et al* (2014), a repercussão das taxas de desemprego sobre os suicídios é

compensada pela existência de iniciativas de seguro desemprego. Tais dados corroboram com as narrativas qualitativas sobre o efeito negativo da pandemia na economia, gerando instabilidade para o indivíduo. Sugere-se que a questão do desemprego envolve muitas variáveis, e para estabelecer uma prevenção e vigilância efetiva deve-se utilizar os setores estatais integrados para a proteção desse sujeito.

## **7.2 Desafios na vigilância à saúde do trabalhador**

Os dados quantitativos demonstram desafios relacionados à subnotificação e/ou o não preenchimento do campo “ocupação”, 16,3% dos casos de suicídio e 17,9% das violências autoprovocadas no estado do Ceará apresentam campo ocupacional "ignorado" ou não preenchido. Os achados qualitativos confirmam esses desafios nas falas dos participantes, demonstrando a inconsistência entre os sistemas de informação SIM e SINAN, comprometendo a capacidade e efetividade da vigilância em saúde do trabalhador. A insuficiência de capacitação dos profissionais em relação ao preenchimento das declarações de óbitos e das fichas de violência autoprovocada é citada nos dados qualitativos pelo desconhecimento das situações de notificação compulsória, “É realmente a questão da visibilidade. Porque alguns até desconhecem que a violência é de notificação compulsória”.

Estudo realizado em Pernambuco no período de 2014 a 2016 avaliou a completude dos dados nas bases do SIM e do SINAN, constatando que a média de preenchimento da variável “ocupação” no SINAN foi de 51,2%, enquanto no SIM foi de 80,1%, corroborando com nosso estudo. Ainda, o estudo sugere que essa incompletude pode estar atrelada à falta de integração entre sistemas de informação, à não padronização no preenchimento dos formulários e à possível falta de treinamento ou sensibilização dos profissionais responsáveis pelo registro dos dados (Fonseca *et al.*, 2022). Compreende-se que nossos resultados evidenciam a fragilidade dos sistemas de informação, comprometendo a visibilidade dos casos de adoecimento mental relacionado ao trabalho e direcionamento de políticas públicas para os trabalhadores.

Além disso, a variável “ocupação” é fundamental para a compreensão do perfil epidemiológico das tentativas de suicídios e suicídio, pois está diretamente

relacionada ao nível socioeconômico de um indivíduo e relaciona-se ao suicídio (Kim *et al.*, 2016). Dessa forma, entende-se que essencial a implementação de capacitação contínua aos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção visando aprimorar a qualidade dos dados para dirimir as subnotificações, especialmente dessa variável. Assim, tal medida irá subsidiar políticas públicas de saúde mental para os trabalhadores.

Ainda, protocolos mais robustos integrando orientações técnicas para os profissionais de saúde podem auxiliar na abordagem de transtornos mentais relacionados ao trabalho, alicerçando a configuração donexo causal e também a intersectorialidade, perpassa desde o acolhimento e escuta qualificada do trabalhador, acolhimento, reconhecimento da doença e sua relação com o trabalho, realização de notificação até ações que envolvem o tratamento e recuperação para o retorno ao trabalho (Araújo *et al.*, 2017, Palma *et al.*, 2019).

Por outro lado, a insuficiência da reflexão crítica dos profissionais, de adesão às capacitações e a invisibilidade do trabalhador aparece em outros relatos, não reconhecendo o trabalho como papel central na determinação social do processo saúde-doença. Correlacionando com essa visão, estudo aponta que o treinamento médico apresenta limitações quanto à abordagem adequada do estigma em torno da saúde mental, levando à fragmentação do cuidado, com tendências de transferir os cuidados de saúde mental para especialistas, e atitudes negativas entre os médicos da atenção primária, impactando na atuação clínica dos profissionais (Vieira *et al.*, 2021).

Um estudo de revisão sistemática revela a carência e necessidade de um ensino universitário aprimorado e atualizado em medicina do trabalho, destacando o declínio desse ensino específico ao longo dos anos em toda a Europa, no Reino Unido, a porcentagem de universidades que dedicam mais de seis horas ao ensino de medicina do trabalho caiu de 32% para 5% entre 2000 e 2010, e em algumas instituições europeias não oferecem nenhum treinamento nesse campo (Larrosa *et al.*, 2025). Por outro lado, no Brasil, estudo qualitativo identificou que os profissionais de saúde pública no Brasil, apesar dos desafios institucionais, se engajam ativamente em práticas que desafiam as visões individualistas e fatalistas do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. Suas principais ações incluem atendimento direto, promoção

da saúde mental nos locais de trabalho, apoio à ação coletiva dos trabalhadores e promoção da consciência crítica entre os trabalhadores e outros profissionais de saúde (Souza *et al.*, 2019).

Esse possível vácuo na formação e reflexão crítica representa um entrave, pois dificulta o estabelecimento denexo causal entre condições de trabalho e adoecimento psíquico. A baixa adesão à capacitação relatada - "Adesão dos médicos em estar sendo capacitado é praticamente zero" - sugere a necessidade de reestruturação das estratégias educativas e de incentivos institucionais para a participação, além de superação da visão biomédica.

No cenário brasileiro atual, vale ressaltar medidas recentes importantes como parte de proteção à saúde dos trabalhadores, como a exigência de avaliação de riscos psicossociais nas empresas brasileiras a partir de 2025 (NR-1) (Brasil, 2024), buscando avançar nesse sentido ao tentar integrar a análise e prevenção dos riscos mentais à gestão rotineira das organizações. No entanto, entende-se que a saúde mental dos trabalhadores vai além de fatores organizacionais, envolve condições de vida, fatores ambientais e contextos sociais.

A literatura indica que o estigma, a cultura de invulnerabilidade e a medicalização do sofrimento prejudicam o reconhecimento do trabalho como causa do sofrimento psíquico (Teoh *et al.*, 2023). Soma-se a isso, a Descontinuidade do atendimento emerge como desafio fundamental: "esse paciente se perde na rede, ele simplesmente recebe alta ali da urgência do hospital e ele não tem mais acompanhamento nenhum". Esta descontinuidade e desarticulação da rede de atenção à saúde torna-se crítica considerando que tentativas de suicídio constituem o principal fator de risco para suicídio consumado. Entende-se que o serviço de urgência e emergência é a porta de entrada para as tentativas de suicídio, trazendo a importância do atendimento dos profissionais a esses usuários que podem refletir em prevenção à novas tentativas e preservar vidas. Fontão *et al.* (2018) indica que o cuidado realizado nesses serviços pode influenciar a pessoa a dar continuidade ao tratamento após a alta, e é imprescindível garantir a promoção de um ambiente de cuidado seguro e favorável para o cuidado integral desses indivíduos, ofertando a escuta qualificada livre de preconceitos e julgamentos.

Ainda nesse sentido, Freitas *et al* (2017) observaram que os profissionais das urgências e emergências realizavam ações de acolhimento e avaliação médica com o uso de protocolos assistenciais; avaliação do Centro de Informações Toxicológicas; contato com os acompanhantes e atendimentos às famílias, além do encaminhamento para outros serviços da rede. Identificou-se realização de avaliação psicológica, entretanto ressaltaram que essas ações eram menos frequentes, em decorrência de nem sempre haver equipe/ profissional de psicologia disponível nesses serviços.

Nesse âmbito, apesar dos avanços conquistados e da proposta da rede de atenção psicossocial, ainda existem muitos desafios. E isso pode ser explicado, pois existem questões prioritárias como a falta de compartilhamento do cuidado entre os serviços, que centralizam naqueles que contam com especialistas em saúde mental em suas equipes. Isso foi reforçado por retrocessos no modelo de cuidados em saúde mental de base comunitária e nas mudanças do financiamento da APS (Fernandes *et al.*, 2020; Orosini *et al.*, 2020).

Nesse cenário, a APS permanece como porta de entrada de usuários e espaço estratégico para a consolidação de um modelo de atenção mais resolutivo, isso devido à proximidade com o território e usuários (Moliner *et al.*, 2013; Santos *et al.*, 2018; Nunes *et al.*, 2016). Além disso, a APS pode reduzir as hospitalizações com a sua cobertura mais ampla, através de ações preventivas, de acompanhamento compartilhado entre a APS e o CAPS e aumento de cobertura (Brasil, 2013; Sanini *et al.*, 2024; Miliauskas *et al.*, 2019; Tomasi *et al.*, 2010, Moliner *et al.*, 2013; Vidal *et al.*, 2008; Santos *et al.*, 2018). Em contraponto, um estudo aponta que as atividades realizadas na APS ditas como preventivas, na verdade estão em outra esfera de atuação (recuperação, reabilitação ou atenuação), que embora também importantes, desalinham-se com a verdadeira prevenção, isso significa que tais ações são de origem reativa, implementadas após o comportamento suicida, ao invés de atuarem para evitar a sua ocorrência inicial (Gotti *et al.*, 2021; Botomé *et al.*, 2015).

Por fim, a ausência de comunicação efetiva entre os níveis de atenção à saúde compromete a integralidade do cuidado e oportunidades de intervenção precoce. A demora administrativa relatada - "A demora do serviço foi notificada no hospital aí vai para vigilância até ir para a saúde até ir pra atenção primária" - salienta

a urgência de reformulação dos fluxos assistenciais para assegurar o cuidado em tempo hábil.

A fragilidade e sobrecarga da RAPS emergiu em nosso estudo com ponto essencial para enfrentar, correlacionado com estudo que evidencia que 77% da população brasileira vivem em áreas com assistência em saúde mental inexistente ou insuficiente (Fernandes *et al.*, 2020). Em São Paulo, onde detém um número maior de serviços, apenas 23,9% das pessoas acessam algum serviço de saúde mental (Borges *et al.*, 2019). Dessa forma, explica-se a fragilidade que gera a sobrecarga da RAPS no território brasileiro com insuficiência no atendimento para a população, e os locais que possuem o atendimento acabam tentando abarcar os indivíduos que necessitam, porém muitas vezes não conseguem tal garantia.

O financiamento da RAPS também surge em nosso estudo qualitativo como entrave. O financiamento ainda está aquém do que deveria ser, estudo que observou o orçamento federal de saúde mental de 2001 a 2014 revela que embora os recursos para atendimento ambulatorial tenham aumentado, o orçamento total de saúde mental manteve-se em 2,54% do orçamento de saúde, o que representa metade da porcentagem preconizada (Garcia *et al.*, 2017).

Ademais, destaca-se a necessidade da maior articulação e do cuidado integrado entre saúde do trabalhador e saúde mental, compreende-se que o trabalho e as condições de vida do indivíduo e do coletivo influenciam nessa teia complexa da determinação social do processo saúde-doença mental.

### **7.3 Estratégias de prevenção e vigilância**

Como estratégia de integração da RAPS e RENAST com a APS e outros níveis de atenção, citada também como desafio, reduzir filas de espera, diminuir demandas excessivas da atenção especializada com ausência de parâmetros, pode-se facilitar as ações de acesso aos serviços de saúde. O Telessaúde Brasil Redes é um programa instituído no Brasil em 2007, o projeto utiliza-se de teleconsultas, teliagnóstico e tele-educação, integra ensino e serviço por meio de tecnologias de informação e proporcionou serviços a áreas de difícil acesso e menor movimentação de usuários nas unidades de saúde, reduzindo a sobrecarga do SUS (Brasil, 2011; Schimtz *et al.*, 2017; Caetano *et al.*, 2020).

O Rio Grande do Sul implementou o RegulaSUS através do “Telessaúde” com o objetivo de otimizar o processo de encaminhamento da APS para outros níveis de atenção e garantir um fluxo de consulta conectando médicos de clínica geral a especialistas. Posteriormente o programa foi expandido para atender a rede hospitalar com a regulação de leitos, no campo da saúde mental foram construídas diretrizes e protocolos específicos. O projeto utiliza teleconsultas, telediagnóstico e tele-educação como um serviço para construir redes eficientes, interligadas e equânimes (Harzheim *et al.*, 2019). O estudo evidenciou uma redução geral de aproximadamente 30% no tamanho da lista de espera de consultas especializadas, isso devido a adoção de protocolos integrados ao processo de telerregulação (Katz *et al.*, 2020).

No Ceará, pesquisa que analisou as atividades desenvolvidas no núcleo de Telessaúde do estado aponta a necessidade de maior engajamento dos profissionais da APS para o uso da ferramenta. Houve baixo número de solicitações de teleconsultas por parte de tais profissionais (Macedo *et al.*, 2023). Desse modo, como estratégia indica-se uma maior visibilidade da ferramenta e treinamento com os profissionais da APS para a utilização oportuna, entendendo a APS como ordenadora do cuidado e a capacidade de entrelaçar a ST com a RAPS, maximizando o acesso do trabalhador aos serviços de especialidade quando for o caso.

A Política Nacional de Vigilância em Saúde foi instituída em 2018, estabelecendo a integração e articulação entre as vigilâncias epidemiológica, ambiental, sanitária e da saúde do trabalhador. Tal política possui ações transversais direcionadas à promoção, prevenção e proteção da saúde, bem como à prevenção de doenças e agravos, visando à redução da morbimortalidade, vulnerabilidade e riscos resultantes das dinâmicas de produção e consumo nos territórios (Brasil, 2018).

Nessa perspectiva, a integração intersetorial da vigilância em saúde foi identificada pelos participantes no presente estudo como aspecto a ser fortalecido. Foram mencionadas a vigilância epidemiológica e a sanitária como setores prioritários para essa articulação. Em relação à ambiental cita-se a pela experiência com o Centro de Referência em saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental (CERESTA) de Limoeiro do Norte/CE, o único do Ceará que realiza o monitoramento ambiental (Ceará, 2023).

As falas dos participantes refletem ainda a reorganização e fortalecimento com a vigilância sanitária e epidemiológica em todos os âmbitos, principalmente no monitoramento dos agrotóxicos. Nesse caso, a Vigilância Sanitária realiza ações de controle e fiscalização na cadeia produtiva, incluindo o monitoramento de resíduos de agrotóxicos em alimentos, que são importantes para a implementação da VSPEA. Assim como, a vigilância epidemiológica é responsável por identificar e avaliar o perfil das populações suscetíveis, verificando os fatores populacionais e ambientais que influenciam direta e indiretamente na ocorrência e no desfecho dos eventos em estudo, além de contribuir com o processo de notificação e investigação dos casos de intoxicação. Desse modo, visando a integração intersetorial, como estratégias de ação é recomendada a capacitação de técnicos da Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e da Vigilância em Saúde do Trabalhador para realizar ações de VSPEA (Brasil, 2017). Por fim, para uma vigilância mais integrada e efetiva entende-se que a inspeção conjunta em ambientes de trabalho para amplificar o olhar e a educação permanente das equipes de vigilância em saúde no âmbito dos processos de produção e saúde mental são essenciais como estratégia.

Ainda pode-se citar a Portaria que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, que estabelece Vigilância Sanitária como o conjunto de ações, dentre outras, capaz de “exercer fiscalização e controle sobre o meio ambiente e os fatores que interferem na sua qualidade, abrangendo os processos e ambientes de trabalho, a habitação e o lazer”. Destaca-se que compete à Vigilância Sanitária “as ações destinadas à promoção e proteção da saúde do trabalhador submetido aos riscos e agravos advindos dos processos e ambiente de trabalho” (Brasil, 1994).

Como parte do fortalecimento de estratégias a participação social é um elemento fundamental. Para isso, nasce a Vigilância Popular da Saúde, Ambiente e Trabalho (VPSAT) como um movimento que prioriza o protagonismo das comunidades e dos movimentos sociais no campo da saúde pública, do meio ambiente e da saúde do trabalhador e da trabalhadora. Essa abordagem pode envolver diferentes níveis de atuação do Estado, participação acadêmica e dos profissionais da saúde, desde que haja o reconhecimento dos atores e saberes populares e se impliquem nos processos participativos de caráter dialógico, gerando aberturas para o diálogo crítico

e construtivo, com componente participativo e democrático. A VPSAT visa obter uma maior participação popular nos processos de vigilância, já mencionado na Política Nacional de Vigilância em Saúde (Carneiro *et al.*, 2020).

O papel do trabalhador enquanto protagonista para o processo de notificação é central. Uma vez que ele entenda o seu protagonismo, a fluidez nas etapas de reconhecimento, busca por suporte, tratamento e identificação dos agentes agressores no ambiente laboral, ampliam-se e alicerçam a Vigilância em Saúde do Trabalhador, sendo esta mais ativa e resolutiva (Araújo *et al.*, 2017).

Para além disso, as mídias sociais compõem uma gama extensa de informações instantâneas, sendo utilizada como estratégia de investigação de casos na vigilância em saúde do trabalhador no estado do Ceará. Atualmente, a coleta de dados é realizada de forma passiva, o sujeito fornece os dados quando tem contato direto com os serviços de saúde, seja pela busca de atendimento ou pela realização de inquéritos, gerando assim os dados também das notificações realizadas pelos serviços de saúde. No entanto, o acesso aos dados também necessita ser rápido, pois o quanto antes esses dados estejam disponíveis, melhor para minimizar o risco de planejar ações para um cenário que não reflete a realidade (Xavier *et al.*, 2020).

Com o avanço do poder de processamento computacional e dos dispositivos utilizados, como smartphones e tablets, há um grande crescimento na geração de dados, caracterizados por diversos formatos e em velocidades cada vez maiores. Tais aspectos representam o que se chama nos dias atuais de era de Big Data, no qual o desafio é transformar em informação útil através desses grandes e variados conjuntos de dados (Dhar, 2013; Concolato, 2017). Dessa maneira, destaca-se a contribuição da Ciência de Dados (CD), sendo definida como um conjunto de disciplinas e técnicas para extração de informações úteis de maneira eficiente através da atuação de uma equipe multidisciplinar (Xavier et al, 2020). Estudo realizado para, por intermédio do twitter, detectar interações sociais que poderiam indicar pistas às autoridades de saúde pública sobre doenças (mentais e físicas) que afetam uma população conclui que a estrutura do aplicativo Twitter Health Surveillance (THS) é uma ferramenta relevante para que as autoridades de saúde possam monitorar e compreender as tendências de saúde pública nas redes sociais (Rodriguez-Martinez *et al.*, 2019). Assim, tais dados podem tornar-se ferramentas poderosas para o

monitoramento e investigação na vigilância em saúde do trabalhador, constituindo-se como mais uma estratégia a ser incentivada e fortalecida.

Xavier *et al* (2020) demonstra que muitas informações úteis podem ser extraídas de maneira eficiente a partir de métodos computacionais, oferecendo visão em tempo real que pode ser útil nos processos de tomada de decisão. Cita-se como estratégia a aproximação de áreas multidisciplinares para o desenvolvimento e implementação de mais pesquisas nessa área, aproximando quem domina as técnicas de análise de quem, de fato, pode falar sobre os dados e problemas da área da saúde. Dessa forma, com o método de notificações incipientes e subnotificações relacionados aos suicídios, tentativas de suicídios e transtornos mentais relacionados ao trabalho, quando pensamos em vigilância em saúde do trabalhador com foco em saúde mental, podemos traçar estratégias de realizar pactos intersetoriais para buscar tais informações, como sinais e sintomas de transtornos mentais ou sofrimento psíquico em trabalhadores, em redes sociais utilizando-se da ciência de dados.

A superação da lógica das campanhas pontuais, como no setembro amarelo, é um fator de reflexão que surgiu a partir da fala dos participantes do presente estudo. Correlacionado com a fala dos participantes, embora a campanha seja importante para auxiliar na sensibilização e reduzir o estigma, ela sozinha pode não conseguir reduzir os riscos de suicídio na população. Devem ser realizadas mais políticas públicas para a prevenção do suicídio, conciliando-as a diferentes etapas da vida e particularidades de gênero, implementado não apenas em campanhas limitadas, mas ações contínuas (Pereira *et al.*, 2024).

Cruz *et al* (2023) com o objetivo de analisar a tendência do suicídio entre 2011 e 2019 e determinar sua associação com a implementação da campanha de prevenção ao suicídio do Setembro Amarelo (lançada em 2015) afirma que a campanha não alterou a tendência do aumento das taxas de suicídio no Brasil, ao contrário, em alguns anos, demonstrou o aumento do risco de suicídio. Em 2017, ocorreu um aumento de 6,2% no risco de mortalidade, atingindo significativamente os homens ( $p = 0,017$ ) e as faixas etárias de 15 a 29 anos ( $p = 0,002$ ) e 60 a 79 anos ( $p = 0,037$ ). Em 2019, observou-se um aumento de 8,6% no risco, principalmente os homens ( $p = 0,017$ ) e a faixa etária de 15 a 29 anos ( $p < 0,001$ ), corroborando também como nosso estudo quantitativo, em que os homens são os que mais se suicidam.

Dessa forma, nota-se que o Setembro Amarelo não influenciou na redução da mortalidade, representando uma campanha não efetiva. A pesquisa sugere o desenvolvimento de uma rede de cuidados mais completa, a implementação de estratégias de monitoramento longitudinal para grupos de risco e o provimento de capacitação e desenvolvimento profissional.

Gonçais (2019) afirma que os veículos de comunicação, as mídias tratam a campanha como um momento passageiro, não atentando-se muitas vezes para os desafios enfrentados pelas pessoas que estão adoecidas mentalmente. O uso comercial da campanha a transforma em um produto de mercado, perdendo por vezes a sua intenção inicial (Lobo *et al.*, 2024). Nesse sentido, observa-se que a campanha é fundamental para a sensibilização e visibilidade do tema, no entanto não consegue alcançá-lo com maior profundidade ao que deve ter. Acredita-se que a instituição de programas contínuos, intersetorial como a APS, a atenção secundária e terciária, organizações sociais, instituições privadas e instituições governamentais, e multidisciplinar, com focos específicos, especialmente relacionado ao trabalhador, possam aprofundar o tema e atingir essas pessoas que estão vulnerabilizadas e em sofrimento mental, atuando na prevenção e promoção da saúde do trabalhador de forma efetiva.

No que diz respeito à humanização do cuidado que emergiu na fala dos participantes, Merhy (2007) nos diz que as tecnologias leves possuem caráter relacional, e que o cuidado é construído na relação dos sujeitos, entre trabalhadores e usuários, individuais e coletivos. A construção do vínculo, do acolhimento e da responsabilidade da produção de saúde estão presentes nessas relações. As tecnologias duras são os instrumentos produzidos. E as leves-duras são elaboradas a partir de uma junção de tecnologia e saberes. Sendo assim, uma proposição de cuidado em saúde fundamenta-se na articulação das redes, subsidiadas por tecnologias leves e leves-duras, para proporcionar atendimento aos usuários quanto às suas demandas. Nesse processo, espera-se que no encontro profissional e usuário haja escuta e resolutividade (Bottega *et al.*, 2016).

Para auxiliar nesse ponto, por muitas vezes o desejo do trabalhador-usuário de sair do silêncio e narrar o seu problema relacionado ao trabalho se constitui na relação do profissional e do trabalhador, onde o profissional não se coloca em um

nível de julgador e remete o problema ao âmbito coletivo e à organização do trabalho (Dejours, 2004; Dejours *et al.*, 2010). Em situações extremas, como as tentativas de suicídio, ainda há se ter o sentimento de culpa pela sobrevivência. Tanto em relação à situação de violência que fez com que o trabalhador desejasse e tentasse tirar sua própria vida, quanto o ato em si não ter alcançado seu objetivo, o de morte (Bottega *et al.*, 2016).

A literatura indica que é comum o uso de crenças pessoais, nas equipes de saúde, na tentativa de ajudar os pacientes. Estes podem gerar sentimentos contraditórios nos profissionais, pois por um lado procuram estar atentos à escuta das demandas dos usuários, mas, por outro, necessitam intervir com todas as medidas cabíveis a fim de que a pessoa não concretize o ato (Bertolote *et al.*, 2010). Pesquisa observou dois hospitais, um deles hospital psiquiátrico e outro, hospital geral. Verificou-se que os profissionais de ambas as instituições apresentam a tendência de considerar os pacientes que tentam suicídio de forma positiva e com simpatia, entretanto, no hospital geral foram expressas atitudes mais negativas junto a esses pacientes que no hospital psiquiátrico (Suokas *et al.*, 2008). Essas ações podem levar a desqualificação da tentativa de suicídio, estigmatizando e até mesmo ignorando a gravidade do ato, impedindo de realizar a proteção da saúde do usuário.

Nesse âmbito, deve-se saber o direcionamento adequado nesses casos, para não permitir que o trabalhador-usuário se perca na rede e não receba o suporte necessário para a promoção e prevenção da sua saúde. Torna-se necessário que todos os profissionais de todos os níveis de atenção sejam capacitados adequadamente quanto ao acolhimento desse trabalhador, e que após o atendimento seja garantido o encaminhamento e continuidade desse usuário na rede.

Políticas públicas potencializadas para a pós-venção também apareceram no diálogo com os participantes. Identifica-se que para além da prevenção é preciso atentar-se à pós-venção do suicídio. O termo *postvention* foi criado pelo psicólogo americano Edwin Shneidman 1975 (Fukumitsu *et al.*, 2015), e determina como as atividades que ocorrem após decorrido o suicídio, tendo como objetivo abrandar o impacto sofrido pelos enlutados. Desta forma, propõe-se a pós-venção como uma intervenção que visa reduzir as sequelas deixadas pela morte por suicídio, cuidando daqueles que sofreram com o impacto que este tipo de morte violenta causa. Assim,

a pós-venção pode ser considerada como uma "prevenção futura".

Os acompanhantes e/ou familiares são peça essencial no apoio ao usuário-trabalhador em sofrimento mental. Até mesmo para a continuidade do tratamento necessitam do apoio social e familiar bem estruturado, se não tiver, afeta esse tratamento. A atuação dos profissionais abrangendo os familiares mostra-se como prática efetiva, pois a família configura-se como um laço na rede de proteção ao trabalhador com risco de suicídio. Então a família é um suporte de enfrentamento e superação desse problema (Heck *et al.*, 2012). Nesse contexto, torna-se necessário a avaliação do nível de compreensão da família acerca do suicídio de seu familiar, os aspectos saúde-doença e dos tratamentos realizados, permitindo que a família desenvolva estratégias de convivência e cuidado ao familiar em sofrimento psíquico (Pegoraro *et al.*, 2008). Também existem serviços, como o CAPS, que oferecem ambiente de escuta, acolhimento e informação aos grupos de familiares (Muller *et al.*, 2018). Sendo assim, potencializar políticas públicas destinadas ao acolhimento dos familiares é uma forma de estratégia de prevenção e pós-venção do suicídio e tentativas de suicídio.

A regionalização é caracterizada como a organização integrada de um sistema de saúde em que as estruturas regionais são responsáveis por oferecer e administrar serviços de saúde dentro de um território específico (Ramos *et al.*, 2020). O Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 2.437 instituída em 2005 que dispõe sobre a regionalização, ampliação e fortalecimento da RENAST, tornando-se primordial na criação das referências técnicas em saúde do trabalhador, por meio da CIB nº 100/2021, em todas as Regiões de Saúde do Estado do Ceará auxiliando no fortalecimento da Política de Saúde das Trabalhadoras e Trabalhadores no estado do Ceará.

Estudo destaca que a regionalização tem sido amplamente utilizada por vários países no intuito de melhorar o acesso e qualidade da saúde e confirma que a regionalização, principalmente no que concerne à descentralização administrativa e para racionalizar recursos, é uma estratégia bem sucedida (Ramos *et al.*, 2020). Por outro lado, pesquisa demonstra que existem dificuldades na VISAT, como por exemplo, a insuficiência de recursos humanos, coordenação intersetorial deficiente, sendo necessário avanços estruturais e organizacionais (Madeira *et al.*, 2024). Nesse

contexto, as referências técnicas em ST são essenciais e fazem parte da pactuação que permite realizar uma vigilância mais atuante e descentralizada, coordenando as ações nos níveis de atenção à saúde, promovendo a ST, especificamente podendo intensificar intervenções e vigilância no âmbito da saúde mental.

Pesquisas realizada nos EUA indica que os atestados de óbito podem subestimar os suicídios relacionados ao trabalho, mostrando alta especificidade, mas sem sensibilidade, o que compreende que eles têm poucos falsos positivos, mas muitos falsos negativos. Outro estudo mostra que apesar do envolvimento de especialistas forenses, há desafios na identificação de fatores relacionados ao trabalho em suicídios, os médicos legistas nem sempre consideram o suicídio relacionado ao trabalho, mesmo quando ocorre durante um trabalho remunerado ou no local de trabalho do sujeito falecido. Por exemplo, uma pesquisa com examinadores médicos da Califórnia revelou que apenas 38,9% considerariam o suicídio relacionado ao trabalho nessas circunstâncias (Peek-Asa *et al.*, 2021). Isso sugere que a incidência de fatores de trabalho que contribuem para o suicídio pode ser pouco reconhecida pelos especialistas forenses em alguns casos.

Em 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) sublinha que a importância das ações de Visat são elementares afim de implementá-la, isso inclui ações de vigilância em ambientes e processos de trabalho (Brasil, 2012). No Ceará, a Política Estadual tem como uma de suas atividades as ações de “inspeções em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nas empresas, instituições e estabelecimentos públicos e privados, assim como em processos de trabalho informais”. O CEREST é responsável pela vigilância nos ambientes e processos de trabalho, perpassando por intervenções nos espaços laborais, o que significa identificar no ambiente, na organização ou no processo de trabalho, fatores e situações de risco. A partir disso, pode propor medidas transformadoras para estabelecer espaços seguros e saudáveis para os trabalhadores, além de averiguar se tais medidas foram adotadas (Governo do Estado do Ceará, 2024).

Cardoso *et al.* (2016), com o intuito de identificar as ações do CEREST do Brasil relacionadas à saúde mental, aponta que 53,2% dos CEREST executaram inspeções nos ambientes laborais e 58,8% registraram casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho no SINAN. Entretanto, apenas aproximadamente metade

dos CEREST (53,3%) realizaram frequentemente inspeções para investigação de riscos psicossociais. Isso demonstra que embora incluam as atividades de inspeção, ainda são incipientes quando falamos de saúde mental, necessitando de maior apoio e consolidação nesse quesito, colocando-o também no mapa de prioridades.

No Ceará, por meio da CIB nº149/2010, foi aprovada a composição da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do(a) Trabalhador(a). Atualmente são 24 unidades sentinelas de referência para transtornos mentais relacionados ao trabalho, incluindo CEREST, CAPS, unidades ambulatoriais e hospitalares, facilitando assim a interface da RENAST e RAPS. Os casos suspeitos ou constatados de transtorno mental relacionado ao trabalho devem ser solicitados ao CEREST inspeção no ambiente laboral (Governo do Estado do Ceará, 2023). Identificar e atuar sob essas doenças, e ainda agir no ambiente do trabalho torna-se um primeiro passo para a VISAT mais atuante no âmbito da saúde mental laboral, prevenindo possíveis situações limites como o suicídio ou tentativas de suicídio e suas recorrências. Nesse sentido, fortalecer tais atividades e a interface dos níveis de atenção é um dos pontos principais.

O financiamento da RAPS surge na fala dos participantes como desafio, entretanto transforma-se também em estratégia de enfrentamento. Recentemente, em 2016, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro, intitulada como Emenda do Teto de Gastos, intensificando o subfinanciamento crônico do SUS, pois fixaria de 2018 a 2036 exercícios financeiros ao mínimo em serviços públicos de saúde (Brasil, 2016). De acordo com a Associação Brasileira de Economia da Saúde (2022), houve a perda de R\$ 36,9 bilhões de reais no período entre 2018 e 2022 na política pública de saúde causada por essa emenda. Tal Emenda foi substituída em 2023 pelo “Novo arcabouço Fiscal”, no entanto permanece a princípio do equilíbrio orçamentário, mantendo rígidos condicionantes para a ampliação de investimentos sociais (Salvador, 2024). Correlacionando com essa análise, Cunha (2023) aponta que as novas regras restringem a capacidade da União em estender recursos para a saúde, atribuindo parte da responsabilidade para estados e municípios, que encaram limitações orçamentárias ainda mais severas.

Athié *et al* (2024) revela que programas como o Cofi-Raps, o Cofinanciamento, Fomento e Inovação da RAPS no estado do Rio de Janeiro, surgiu

como um ato de resistência contra o desfinanciamento da atenção psicossocial em nível federal, demonstrando que ações estaduais e municipais podem ser opostas às políticas federais quando orientadas por um modelo assistencial em pauta naquele momento histórico. Ressalta a necessidade de gestores qualificados realizarem avaliação crítica acerca do financiamento da RAPS, assumindo os desafios enfrentados pelo SUS ao reconhecer as deficiências assistenciais ultrapassando a esfera dos atendimentos médicos individuais.

O combate ao subfinanciamento do SUS, e conseqüentemente ao da RAPS, requer múltiplas estratégias. Para isso precisa-se de recursos financeiros maiores e mais estáveis, as fontes de financiamento devem ser diversas, aplicar investimentos estratégicos em serviços de promoção da saúde, como a APS, e em serviços especializados, implementar medidas eficientes para uma melhor gestão dos recursos com maior transparência e responsabilidade no uso, combater a corrupção no desvio de recursos e incentivar o aumento da participação social para a tomada de decisões (Junior *et al.*, 2024).

Diante do subfinanciamento do SUS, e conseqüentemente, da RAPS, assume-se que a atuação do Estado é fundamental para as políticas públicas de enfrentamento ao suicídio e suas tentativas entre os trabalhadores.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo evidenciou que o suicídio e as tentativas de suicídio entre os trabalhadores cearenses não constituem fenômeno com determinação exclusivamente individual, mas também coletivo. O problema encontra-se em estruturas de precarização laboral, desigualdades sociais, violências de gênero e raça, e fragilidades institucionais que caracterizam sistemas de vigilância e cuidado. A carga desproporcional sobre população trabalhadora agropecuária e as donas de casa indica necessidade de ações específicas de vigilância neste setor. A análise integrada dos dados quantitativos e qualitativos permitiu construir compreensão à luz da Teoria da Determinação Social de Saúde. A representatividade da população parda, a escolaridade, o gênero e as ocupações estruturam o fenômeno do suicídio.

A pesquisa identificou 5.881 suicídios e 4.397 tentativas de suicídio

durante o período investigado. Os dados quantitativos demonstraram diferenças de gênero da violência autoprovocada. Enquanto os homens representaram 82,7% da mortalidade por suicídio, as mulheres prevaleceram entre as tentativas com 61,2%, sugerindo diferenças não apenas epidemiológicas, mas, possivelmente, históricas, culturais e sociais. Essa divergência não se compreende apenas como dado estatístico, ela reflete estruturas de gênero e acesso diferenciado aos meios. A predominância do enforcamento 77,4% dos suicídios em contraste com a autointoxicação por medicamentos 27% das tentativas sugere padrões distintos de acesso, sendo o enforcamento método de desfecho mais fatal enquanto a intoxicação oferece maior possibilidade de intervenção.

Os trechos das falas complementam esse achado ao evidenciar que mulheres apresentam maior busca por serviços de saúde e fatores protetivos, como responsabilidades familiares, reconhecidas socialmente. Contudo, também sofrem múltiplas formas de violências - doméstica, sexual e de gênero—que são parte de determinantes fundamentais do adoecimento mental. A invisibilização do trabalho doméstico, não reconhecido como ocupação, configura uma forma de violência estrutural que nega reconhecimento social e proteção trabalhista.

A ocupação trabalhadores da agropecuária foi a mais prevalente em praticamente todas as regiões (16,8% do total estadual) por suicídio consumado, e nas tentativas foram as donas de casa (15,4%). Esta distribuição pode ser um reflexo de estruturas ocupacionais determinadas pelo modelo econômico regional do estado e das grandes áreas rurais presentes. As narrativas ressaltam a apreensão dessa vulnerabilidade: trabalhadores agropecuários enfrentam no ambiente laboral exposição a agrotóxicos, acesso facilitado a pesticidas como método de suicídio, organização laboral sazonal precarizada e a informalidade. Além disso, ocorre a contaminação ambiental e familiar transpassando o ambiente ocupacional do trabalhador revelando a ausência de fronteiras entre espaço de trabalho e espaço doméstico no ambiente rural. Os conflitos ambientais existentes em alguns territórios reforçam a violência sofrida principalmente pelos trabalhadores agrícolas. Em meio a tais narrativas desperta a seguinte reflexão: Será que esse trabalhador possui algum tipo de apoio institucional e social para não chegar ao ato suicida? Como ele se sente entre essas exposições? Qual a cor, a classe e o gênero do suicídio?

Dessa forma, ressalta-se a importância de mais pesquisas de suicídio e tentativas de suicídio entre os trabalhadores, pois na sociedade atual o trabalho é central e pode causar sofrimento, mas precisamos entender quem são essas pessoas. Assim como respostas a esse problema necessitam ser efetivas com a articulação dos setores.

No entanto, mesmo diante de avanços no SUS, necessita-se de maiores ajustes, mudanças estruturais na sociedade requerem grande esforço, porém constituem a base da situação. A implementação de políticas públicas integradas nas áreas de emprego, proteção social, saúde mental e vigilância em saúde do trabalhador configura-se como pré-requisito para a efetividade das ações. Ainda, políticas mais rigorosas de limitação de acesso aos meios letais precisam entrar na agenda do Estado. A educação permanente dos profissionais em todos os níveis de atenção, assim como a inserção nas grades curriculares da graduação e a incorporação da dimensão do trabalho nos processos de cuidado possibilita a abrangência do olhar terapêutico e o cuidado humanizado.

Para as tentativas de suicídio necessita-se da ampliação da educação permanente com a equipe multiprofissional quanto ao atendimento desses indivíduos, treinando o olhar também para a questão laboral, possibilitando relacionar as tentativas ao trabalho. A concepção de fluxos bem estabelecidos na unidade irá auxiliar no acolhimento adequado com esses sujeitos, com a família e com os acompanhantes para dar continuidade no cuidado e garantir que não se percam na rede de atenção à saúde. Ademais, o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) demanda maior integração com a Visat para que a investigação e a intervenção desses casos a mais rápida possível.

Ainda nesse sentido, o fortalecimento da integração entre a Visat, vigilância ambiental e a vigilância sanitária, principalmente nas inspeções sanitárias nos locais de trabalho, pode apoiar no direcionamento de ações de melhoria nas condições de trabalho encontradas nesses ambientes que representam sofrimento para os trabalhadores.

Desse modo, a integralidade entre todos os níveis de atenção deve ser objetivo central e permanente, criando fluxos comunicacionais que permitam

investigação oportuna e compartilhamento de informações, o uso de tecnologias de dados a favor da vigilância e a continuidade do cuidado. A APS como porta dos trabalhadores e presente no território deve ser foco central das ações de educação permanente, do mesmo modo, essas ações em setores chave, como a medicina forense também necessita ser ampliada e fortalecida para o adequado estabelecimento do nexo causal do suicídio relacionado ao trabalho. As estratégias propostas pelos participantes representam caminho indispensável se implementadas com a atuação determinante do Estado e o seu comprometimento político, o financiamento adequado, e o reconhecimento de que suicídio e tentativas entre trabalhadores constituem agravo de saúde pública prevenível.

## 8. REFERÊNCIAS:

- ALMEIDA, Andreza Kananda Maia *et al.* Intoxicações por domissanitários notificados no período de 2015 a 2019 no Estado do Ceará. **Revista de Casos e Consultoria**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. e23758, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/23758>. Acesso em: 06 ago. 2024.
- ALMEIDA, Letícia Núñez *et al.* O suicídio no Brasil: um desafio às Ciências Sociais. **Rebela**, v. 5, n. 3, p. 510-91, set./dez. 2015. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/rebela/article/view/2631>. Acesso em: 03.ago. 2024.
- ALMEIDA, Thiago Gomes de. *et al.* Epidemiologia do suicídio no Brasil: análise temporal entre 1996 e 2019. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 11, p. 103171-103187, nov. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/39177>. Acesso em: 14.ago. 2024.
- ALOTHMAN, Danah *et al.* Global differences in geography, religion and other societal factors are associated with sex differences in mortality from suicide: An ecological study of 182 countries. **Journal of Affective Disorders**, v. 260, p. 67-72, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31493641/>. Acesso em: 17.out.2024
- ALVARENGA, Cleonice Felícia; ARAÚJO, Daniel Silva de. Sustentabilidade e Tributação de Agrotóxicos: Análise sobre a inconstitucionalidade dos benefícios fiscais, considerando os impactos econômicos e sociais. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 8, n. 18, jan./jun. 2025. DOI: 10.55892/jrg.v.8i18.225178. Disponível em: <https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/2251>. Acesso em: 11.out.2025.
- ALVIM, André Luiz Silva *et al.* Epidemiologia da intoxicação exógena no Brasil entre 2007 e 2017. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 63915-63925, ago. 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/15939>. Acesso em: 08.out.2025.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Monique de Oiveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-reforma-psiquiatrica-no-sus-e-a-luta-por-uma-sociedade-sem-manicomios/16707?id=16707>. Acesso em: 12.ago.2024.
- AMARANTE, Verónica; COLACCE, Maira; MANZI, Pilar. Aging and Productivity in Latin America. **Latin American Research Review**, v. 56, n. 4, p. 844–863, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25222/larr.924>. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/31179/1/10.25222.pdf. Acesso em: 22.set.2025.

AMIRI, Sohrab. Unemployment and suicide mortality, suicide attempts, and suicide ideation: A meta-analysis. **International Journal of Mental Health**, v. 50, n. 1, p.294-308, 2021. DOI: 10.1080/00207411.2020.1859347. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207411.2020.1859347>. Acesso em: 23.out.2025.

ANANTHASUBRAMANIAM, Aparna *et al.* Characteristics of and Variation in Suicide Mortality Related to Retirement during the Great Recession: Perspectives from the National Violent Death Reporting System. **The Gerontologist**, v. 64, n. 3, p. 289–302, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11102010/>. Acesso em: 26.out.2025.

ARAGÓN, Aurora; PARTANEN, Timo; FELKNOR, Sarah; CORRIOLS, Marianela. Social determinants of workers' health in Central America. **International Journal of Occupational and Environmental Health**, v. 17, n. 3, p. 230-7, jul./set. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21905391/>. Acesso em: 11.out.2025.

ARAÚJO, Tânia Maria de *et al.* Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3235-3246, 2017. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/vigilancia-em-saude-mental-e-trabalho-no-brasil-caracteristicas-dificuldades-e-desafios/16312?id=16312>. Acesso em: 14 set.2024.

ARRUDA, Vilmezye Larissa de. *et al.* Suicídio em adultos jovens brasileiros: série temporal de 1997 a 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, jul. 2021. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/suicidio-em-adultos-jovens-brasileiros-serie-temporal-de-1997-a-2019/18037>. Acesso em: 11.set.2025.

ASLAN, Murat *et al.* Description of suicide ideation among older adults and a psychological profile: a cross-sectional study in Turkey. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1865-1874, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31166519/>. Acesso em: 02.set.2024.

ATHIÉ, Karen; AMARANTE, Paulo. Financiamento da saúde mental pública: estudo do caso do Rio de Janeiro (2019 a 2022). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 136, p. 785-798, jul./set. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gWt4SVxQmFm6qLZL87bcwCf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2025.

AURELIUS, Kristina; SÖDERBERG, Mia; WAHLSTRÖM, Viktoria; WAERN, Margda; LaMONTAGNE, Anthony D.; ÅBERG, Maria. Perceptions of mental health, suicide and working conditions in the construction industry – A qualitative study. **PLOS ONE**, v. 19, n. 7, e0307433, 24 jul. 2024. DOI: 10.1371/journal.pone.0307433. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39047049/>. Acesso em: 12 out. 2025.

BACHMANN, Silke. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 7, p. 1–23, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29986446/>. Acesso em: 15.out.2025.

BAGGIO, Maria Aparecida; FORMAGGIO, Flora Maria. Automedicação: desvelando o descuidado de si dos profissionais de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ** [Internet], v. 17, n. 2, p. 224-8, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v.17n2/v.17n2a15.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2024.

BAHIA, Camila Alves. *et al.* Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/63k5xJZTD5DZ4JKvLcgXbbD/?lang=pt>. Acesso em: 15.set.2025.

BAHIA (Estado). Portaria Estadual SESAB nº 31, de 14 de janeiro de 2021. **Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho para o Estado da Bahia - LDRT-BA**. Diário Oficial, 31 jan. 2020. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-estadual-sesab-31-14-janeiro-2021-institui-lista-doencas-relacionadas-trabalho>.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

BANDINI, Marcia; LUCCA, Sergio; LAURIANO, Agnus (Org.). **Desse jeito não dá mais!:** trabalho doente e sofrimento mental. São Paulo: Hucitec Editora, 2023.

BAPTISTA, Makilim Nunes. **Suicídio e depressão:** atualizações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BARBOSA, Fabiana de Oliveira. *et al.* Depressão e o suicídio. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 14, n. 1, p. 233-243, 2011. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000100013&script=sci\\_abstract](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000100013&script=sci_abstract). Acesso em: 16.ago.2024.

BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/GB9g3ysktW8D4M5b3FVkhPs/?lang=pt>. Acesso em: 11.ago.2024.

BARBOSA, Karinna Kássia da Silva. *et al.* Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFSM** [Internet], v. 2, n. 3, p. 515-522, 2012. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5910>.

BARRETO, Antônio Ângelo Menezes; SOUZA, Luiz Eugênio Portela Fernandes de. Desemprego e suicídio na população brasileira em um cenário de crise do capitalismo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 5869-5882, dez. 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212612.1467202. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n12/5869-5882/pt/>. Acesso em: 02.nov.2025.

BARRETO, Maurício L. The globalization of epidemiology: critical thoughts from Latin America. **International Journal of Epidemiology**, v. 33, n. 5, p. 1132-1137, 2004. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article-abstract/33/5/1132/623926>. Acesso em: 23.out.2025.

BARRIGON, María; CEGLA-SCHVARTZMAN, Fany. Sex, Gender, and Behavior. **Current Topics in Behavioral Neurosciences**, v. 45, p. 1-25, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32860593/>. Acesso em: 12.out.2025.

BARVE, Sonal *et al.* WEATHER VARIABILITY, AGRICULTURAL PRODUCTIVITY, AND FARMER SUICIDES IN INDIA. **Climate Change Economics**, v. 12, n. 1, 2150005, 2021. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/27130678>. Acesso em: 17.out.2025

BEAUTRAIS, Annette L. Women and suicidal behavior. **Crisis**, v. 27, n. 4, p. 153-156, 2006. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2007-01586-001>. Acesso em: 21.out.2025.

BERARDELLI, Isabella. *et al.* Is lethality different between males and females? Clinical and gender differences in inpatients suicide attempters. **European Psychiatry**, v. 66, S315-S316, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36293891/>. Acesso em: 26.set.2025.

BERGEN, Helen. *et al.* How do methods of non-fatal self-harm relate to eventual suicide? **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 526-33, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22127391/>. Acesso em: 10.set.2025

BERTOLETE, José Manoel; SANTOS, C. M.; BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, p. 97-5, out. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/tF7BMYsc7sT53qQd5hWrPt/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 19.set.2024.

BESELER, Cheryl *et al.* Depression and Pesticide Exposures among Private Pesticide Applicators Enrolled in the Agricultural Health Study. **Environmental Health Perspectives**, v. 116, n. 12, p. 1713-1719, dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1289/ehp.11091>. Disponível em: <https://ehp.niehs.nih.gov/doi/full/10.1289/ehp.11091>. Acesso em: 8 out. 2025

BEZERRA, Hélyda de Souza.; BARBOSA, Isabelle Ribeiro. Poor access to health services for depression treatment in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/QsLRpZZqCpmc5dwc5KqbChC/?lang=en>. Acesso em: 11.out.2025.

BEZERRA, Maria das Graças Viana. *et al.* Implicações do desenvolvimento econômico no trabalho, ambiente e saúde em comunidades portuárias no Ceará,

Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4023-4030, 2014. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4023.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4023.pdf). Acesso em: 05.set.2024.

BISWAS, A. *et al.* Sex and gender differences in occupational hazard exposures: a scoping review. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 78, n. 8, p. 598-608, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34839446/>. Acesso em: 18.set.2025.

BOCHNER, Rosany.; FREIRE, Marina Moreira. Análise dos óbitos decorrentes de intoxicação ocorridos no Brasil de 2010 a 2015 com base no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.15452018>. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-dos-obitos-decorrentes-de-intoxicacao-ocorridos-no-brasil-de-2010-a-2015-com-base-no-sistema-de-informacao-sobre-mortalidade-sim/16908>. Acesso em: 13.ago.2024.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A perspectiva histórica da subjetividade: uma exigência para la psicologia atual. **Psicologia para América Latina**, n. 1, 2004. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2004000100002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2004000100002&lng=pt&tlng=pt). Acesso : 12.set.2025.

BORGES, G. *et al.* Twelve-month mental health service use in six countries of the Americas: a regional report from the world mental health surveys. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 29, e53, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31452485/>. Acesso em: 04.ago.2024.

BORGES, Livia de Oliveira *et al.* Impactos da terceirização em empregados efetivos: um caso na construção de edificações. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 16, n. 2, p. 176-189, 2016. doi: 10.17652/rpot/2016.2.672. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-66572016000200007&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-66572016000200007&script=sci_abstract&tlng=es). Acesso em: 09.out.2025.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/HBQQM7PGMRLfr76XRGVYnFp/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 14.set.2024.

BOTOMÉ, Sílvio Paulo; STÉDILE, Nilvia Lucia R. Múltiplos âmbitos de atuação profissional: além da prevenção dos problemas. In: **Centro Paradigma Ciência do Comportamento**, 2015.

BOTTEGA, Carla Garcia; MERLO, Alvaro Crespo. Linha de cuidado em saúde mental do trabalhador: discussão para o SUS. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 6, n. 3, p. 77-102, 2016. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-152X2016000300006](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2016000300006). Acesso em: 20 out. 2025.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 160 p.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional de 5 de outubro de 1998, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de revisão no. 1 a 6/94**. Brasília: Senado Federal, 2000.

BRASIL. Decreto nº 79.094, de 5 de janeiro de 1977. **Regulamenta a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que sumete ao sistema de vigilância sanitária os medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas, correlatos, cosméticos, produtos de higiene, saneante e outros**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 jan. 1977. Seção 1, p. 000011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. **Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm).

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. **Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jan. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2017\\_analise\\_situacao\\_saude\\_desafios\\_objetivos\\_desenvolvimento\\_sustentavel.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf). Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Cadernos de atenção básica: saúde mental**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <https://portolivre.fiocruz.br/saude-mental-cadernos-de-atencao-basica-no-34>. Acesso em: 02.ago.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil, 2017 a 2020**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264\\_19\\_02\\_2020.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS n. 588, de 12 de julho de 2018. **Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Seção 1, Brasília, DF, n. 13, p. 87, ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias de prevenção do suicídio em povos indígenas** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 38 p. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Estrategia\\_Prevencao\\_Suicidio\\_Povos\\_Indigenas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Estrategia_Prevencao_Suicidio_Povos_Indigenas.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lista de doenças relacionadas ao trabalho**. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.999-de-27-de-novembro-de-2023-526629116>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual integrado de vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos**: volume único. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 39-44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.565, de 26 de agosto de 1994. **Definição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 ago. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. **Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes)**. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 25 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico**: Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. Volume 55, nº 4, 6 fev. 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada.: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Agrotóxicos na ótica do Sistema Único de Saúde**. Relatório Nacional de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_nacional\\_vigilancia\\_populacoes\\_expostas\\_agrotoxicos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_vigilancia_populacoes_expostas_agrotoxicos.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio**: Saber, Agir e Prevenir. Boletim Epidemiológico, v. 48, n. 30, 2017. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: <https://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2022/08/Cartilha-Suic%CC%81dio-Saber-Agir-e-Prevenir.pdf>.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 1.419, de 27 de agosto de 2024. **Aprova a nova redação do capítulo “1.5 Gerenciamento de riscos**

ocupacionais” e altera o “Anexo I - Termos e definições” da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1) - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 ago. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/inspecao-do-trabalho/seguranca-e-saude-no-trabalho/sst-portarias/2024/portaria-mte-no-1-419-nr-01-gro-nova-redacao.pdf>. Acesso em: 13 out. 2025.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). **Suicídio**. Saber, agir e prevenir. Brasília: SVS, 2017.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde (Org.). **Boletim Epidemiológico**: Intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho no Brasil, 2007-2016. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador/svs/ms, v. 49, n. 58, p. 1-10, dez. 2018. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/pictures/recursos/boletimepidemiologicointoxicacoes-exogenas-2018-027-1.jpg>.

BREILH, Jaime. La renuncia a la equidad y la domesticación de la epidemiología. Ponência apresentada no VII Congreso Argentino de Epidemiología, Rosario, 20 out. 2004. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2004. Disponível em: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3537/1/Breilh%2c%20J-CON-167-La%20renuncia-epi.pdf>. Acesso em: 15.out.2025.

BREILH, Jaime. Epidemiology of the 21<sup>st</sup> century and cyberspace: Rethinking power and the social determination of health. **Revista Brasileira De Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 972-982, 2015. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040025>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2015.v18n4/972-982/en/>. Acesso em: 16.out.2025.

BREILH, Jaime. The social determination of health and the transformation of rights and ethics1. **Global Public Health**, v. 18, n. 1, p. 2193830-2193830, 2022. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2193830>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17441692.2023.2193830%4010.1080/tfocoll.2023.0.issue-Structural-Competency-Global-Perspective>. Acesso em 15.out. 2025.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia**: economia, política e saúde. Tradução Luiz Roberto de Oliveira. São Paulo: Unesp; Hucitec, 1991.

BREILH, Jaime. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 937-951, 2003. DOI: 10.1590/S1413-81232003000400016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10644/3525>. Acesso em: 3 nov. 2025.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia Crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. **Revista da Faculdade Nacional de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 13-27, 2013. Disponível em:

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637>. Acesso em: 15.out.2025.

BRUSCHINI, Cristina. Trabalho domestico: inatividade economica ou trabalho nao-remunerado? **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 23, n. 2, p. 331-353, 2006. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/221>. Acesso em: 13.set.2024.

CAETANO, Rosângela. *et al.* Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, e00088920, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTrnYRw98Rz3drwpJf/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 02.ago.2024.

CAI, Ziyi. *et al.* The contribution of method choice to gender disparity in suicide mortality: A population-based study in Hong Kong and the United States of America. **Journal of Affective Disorders**, v. 294, p. 17-23, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34256181/>. Acesso em: 13.out.2025.

CALLANAN, Valerie J. *et al.* Gender differences in suicide methods. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 47, p. 857-86, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21604180/>. Acesso em: 11.set.2025.

CANCINO, Javier. *et al.* Occupational exposure to pesticides and symptoms of depression in agricultural workers. A systematic review. **Environmental Research**, v. 231, Pt 2, p. 116190, 15 ago. 2023. DOI: 10.1016/j.envres.2023.116190. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37217130/>. Acesso em: 10.ago.2024.

CARDOSO, Hugo Ferrari. *et al.* Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. **Diaphora**, v. 12, n. 2, p. 42-48, 2014. Disponível em: <https://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/69>. Acesso em: 19.set.2025.

CARDOSO, Mariana de Castro Brandão; ARAÚJO, Tânia Maria de. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, e7, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/8Bs9cytR3gzdHcrGMb98Nyt/>. Acesso em: 21 out.2025.

CARNEIRO, Fernando Ferreira.; PESSOA, Vanira Matos. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, e0029813, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/QL8wS8krxQ8p8qgjqxqrP87D/?lang=pt>. Acesso em: 17.out.2025.

CARVALHO, Marília Sá.; SOUZA-SANTOS, Renato. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 361-378, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/HJ3R3BCkPCbCsk9YTgKqRWN/?lang=pt>. Acesso em: 11.out.2025.

CARVALHO, Mônica Gurjão; GONÇALVES, Maria da Graça Marchina. Trabalho Doméstico Remunerado e Resistência: interseccionando raça, gênero e classe.

**Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, e249090, p. 1-16, 2023. DOI: 10.1590/1982-3703003249090. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/XrGcRjVwVLtsDbfNmDqXrPQ/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 15.out.2025.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTELLVÍ, P. *et al.* Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 135, p. 195-211, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27995627/>. Acesso em: 06.set.2024.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves Cavalcante; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1655-66, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n6/1655-1666/pt/>. Acesso em: 19.ago.2024.

CAVALCANTE, Cleonice Andrea Alves *et al.* Perfil dos agravos relacionados ao trabalho notificados no Rio Grande do Norte, 2007 a 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 675-684, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/94yNZVR3drFyKPcR9Bw7y9R/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 06.set. 2024

CDC. **Suicide prevention resource for action**. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, 2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/suicide/resources/prevention.html>.

CHAN, Albert P. C *et al.* Mental Ill-Health Risk Factors in the Construction Industry: Systematic Review. **Journal of Construction Engineering and Management**, v. 146, n. 3, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33408438/>. Acesso em: 26.out.2025.

CHEN, Joe. *et al.* **How is suicide different in Japan?** Japão, 2007. (Working Paper, CIRJE-F-526). Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cirje.eu-tokyo.ac.jp/research/dp/2008/2008cf557.pdf. Acesso em: 08.out.2025.

CHU, Joyce. *et al.* Cultural pathways for suicidal ideation and behaviors. **Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology**, v. 26, n. 3, p. 367-377, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31697100/>. Acesso em : 11.out.2025.

CLÍNICA E CULTURA) – Universidade de Brasília, Brasília, 2023. 105 f., il.  
 Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília,  
 Brasília, 2023. Disponível em:  
[http://www.rlbea.unb.br/jspui/bitstream/10482/49434/1/PauloHenriqueSouzaRoberto\\_DISSERT.pdf](http://www.rlbea.unb.br/jspui/bitstream/10482/49434/1/PauloHenriqueSouzaRoberto_DISSERT.pdf).

CODO, Wanderley. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In: JACQUES, Maria da Graça; CODO, Wanderley (Org.). **Saúde mental e trabalho**: leituras. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. p. 173-190.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

COMITÊ NACIONAL DE RUÍDO E CONSERVAÇÃO AUDITIVA. **Boletim n. 1**, 1994.

CONCOLATO, Claude E.; CHEN, Lee. M. Data science: A new paradigm in the age of big-data science and analytics. **New Mathematics and Natural Computation**, v. 13, p. 11943, 2017. Disponível em:  
<https://ideas.repec.org/a/wsi/nmncxx/v13y2017i02ns1793005717400038.html>.  
 Acesso em: 19.out.2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BR). **Vigilância em saúde**: parte 1. Brasília: CONASS, 2011. Capítulo 7: Vigilância em saúde do trabalhador, p. 232-60.

CORRÊA, Fábio Henrique Mendonça. *et al.* Pensamento suicida entre a população .transgênero: um estudo epidemiológico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 69, n. 1, p. 13-22, 2020. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/BXhSxJZtjHvVMwz5hkVyyGK/?lang=pt>. Acesso em: 01.agosto.2024.

COSTA, Danilo *et al.* Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas [Internet]. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 11-20, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572013000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100003).

COSTA, Nilson do Rosário. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. **Cadernos Cedes**, São Paulo: Cortez, n. 4, p. 5-27, 1984.

CROSBY, Alex *et al.* **Self-directed violence surveillance**: uniform definitions and recommended data elements. Version 1.0. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2011. Disponível em:  
<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11997>. Acesso em: 03.agosto.2025

CRUZ, Carla da Costa Cruz. *et al.* Perfil epidemiológico de intoxicados por Aldicarb registrados no Instituto Médico Legal no Estado do Rio de Janeiro durante o período de 1998 a 2005. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 63-70, 2013. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/GtqSbTk7zPdHgyZR93kstNv/?lang=pt>. Acesso em: 16.set. 2024.

CUNHA, João Ricardo Almeida. Quais as consequências do novo arcabouço fiscal para o SUS? **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, 2023. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1036>. Acesso em: 13.out.2025.

CYLUS, Jonathan *et al.* Do generous unemployment benefit programs reduce suicide rates? a state fixed-effect analysis covering 1968-2008. **American Journal of Epidemiology**, v. 179, n. 12, p. 45-52, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24939978/>. Acesso em: 19.set. 2025.

DA FONSÊCA, Jessica Ramalho. *et al.* Analysis of the completeness of self-harm and suicide records in Pernambuco, Brazil, 2014–2016. **BMC Public Health**, v. 22, 2022. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-13455-8>. Acesso em: 04.ago.2024.

DALBÓ, Juliana. *et al.* Effects of pesticides on rural workers: haematological parameters and symptomological reports. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2569-2582, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/npKpFWgNrTQgB6Gptzyq4KC/?lang=en>. Acesso em: 07.set.2025.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. *et al.* Estimates of suicide mortality in women residents in northeast brazilian states 1996 to 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4795-4804, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/N9tWfjFcqXQJ8jzNwzkw5Rd/?lang=en>. Acesso em: 30.out.2025.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. *et al.* Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 1469-1477, maio 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023285.16212022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/35hM7kcd8Dh3DCm5JFqHqPy/?lang=pt>. Acesso em: 19.set.2024

DE ARAÚJO, Tânia; DE FIGUEIREDO, T. P-138 WHEN THE EXIT IS THEIR OWN DEATH: SUICIDE AMONG WORKERS IN BRAZIL. **Occupational Medicine**, v. 74, Supl. 1, p. ecad075.059, 2024.

DE PAIVA, Adriana Helena Tavares Lobato. *et al.* Suicide postvention in the oil industry: innovation in mental health and care with life in the world of work. **The European Journal of Public Health**, v. 31, Supl. 3, p. ckac129.231, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8385833/>. Acesso em: 22.out.2025.

BEZERRA, Hélyda de Souza.; BARBOSA, Isabelle Ribeiro. Poor access to health services for depression treatment in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/QsLRpZZqCpmc5dwc5KqbChC/?lang=en>. Acesso em: 13.set.2024.

- DEJOURS, Christophe. **A loucura no trabalho**. Estudos de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Editora, 1992.
- DEJOURS, Christophe. **Fator Humano, O**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 1997.
- DEJOURS, Christophe; BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho**: o que fazer. Brasília: Paralelo 15, 2010.
- DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **A psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2007.
- DENNING, D. G. *et al.* Method choice, intent, and gender in completed suicide. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 30, p. 282-288, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11079640/>. Acesso em: 15.set.2024.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. As dificuldades das trabalhadoras domésticas no mercado de trabalho e na chefia da família. **Boletim Especial**. São Paulo/SP, 2024. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2024/trabalhoDomestico.html>.
- DHAR, Vasant. Data science and prediction. **Communications of the ACM**, v. 56, p. 64-73, 2013. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/2500499>. Acesso: 11.out.2025.
- DIAS, Elizabeth Costa. **A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS) no Brasil: realidade, fantasia ou utopia**. 1994. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
- DREVIES, Karen. *et al.* Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence against women. **Social Science & Medicine**, v. 73, p. 79-86, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21676510/>. Acesso em: 06.set.2024.
- DURKHEIM, Émile. **O suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2003.
- D'EÇA JÚNIOR, Aurean. *et al.* Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante? **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 20-24, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-989536>. Acesso em: 04.set.2024.
- EDDLESTON, Michael; PHILLIPS, M. R. Self poisoning with pesticides. **BMJ**, v. 328, n. 7430, p. 42-4, 2004. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7430.42>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/328/7430/42.short>. Acesso em: 10.set.2024.
- EIBICH, Peter. Understanding the effect of retirement on health: mechanisms and heterogeneity. **Journal of Health Economics**, v. 43, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26079117/>. Acesso em: 11.oit.2025.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**: seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

FÉLIX, Tamires Alexandre *et al.* Fatores de risco para tentativa de suicídio: Produção de conhecimento no Brasil. **Revista Contexto & Saúde**, v. 16, n. 31, p. 173-185, 2016. doi: 10.21527/2176-7114.2016.31.173-185. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/6079>. Acesso em: 19.set.2024

FERNANDES, Cristofthe Jonath. *et al.* Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, e00049519, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G5CXF3LhvksHzcS7j8LHMqH/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 09.out.2025.

FERNANDES, Daniela Aparecida Araujo *et al.* Epidemiological profile of suicide attempts in Palmas-Tocantins, 2010-2014. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 9–23, 2016. <https://doi.org/10.18569/tempus.v.10i4.2016>. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2016>. Acesso em: 18.set2024.

FERREIRA, Delaine de Souza. *et al.* Perfil das vítimas de intoxicações por agrotóxicos de um hospital geral em Dourados/MS de 2000 a 2010. **Interbio**, v. 8, n. 1, p. 4-15, 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Fontoura-Junior/publication/274721254\\_PERFIL\\_DAS\\_VITIMAS\\_DE\\_INTOXICACOES\\_PO\\_R\\_AGROTOXICOS\\_DE\\_UM\\_HOSPITAL\\_GERAL\\_EM\\_DOURADOSMS\\_DE\\_2000\\_A\\_2010\\_PROFILE\\_OF\\_THE\\_PESTICIDE\\_POISONING\\_VICTIMS\\_OF\\_A\\_GENERAL\\_HOSPITAL\\_IN\\_DOURADOSMS\\_FROM\\_2000\\_TO\\_2010/links/5e855e60a6fdcca789e8e0cd/PERFIL-DAS-VITIMAS-DE-INTOXICACOES-POR-AGROTOXICOS-DE-UM-HOSPITAL-GERAL-EM-DOURADOS-MS-DE-2000-A-2010-PROFILE-OF-THE-PESTICIDE-POISONING-VICTIMS-OF-A-GENERAL-HOSPITAL-IN-DOURADOS-MS-FROM-2000-TO-2010.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Fontoura-Junior/publication/274721254_PERFIL_DAS_VITIMAS_DE_INTOXICACOES_PO_R_AGROTOXICOS_DE_UM_HOSPITAL_GERAL_EM_DOURADOSMS_DE_2000_A_2010_PROFILE_OF_THE_PESTICIDE_POISONING_VICTIMS_OF_A_GENERAL_HOSPITAL_IN_DOURADOSMS_FROM_2000_TO_2010/links/5e855e60a6fdcca789e8e0cd/PERFIL-DAS-VITIMAS-DE-INTOXICACOES-POR-AGROTOXICOS-DE-UM-HOSPITAL-GERAL-EM-DOURADOS-MS-DE-2000-A-2010-PROFILE-OF-THE-PESTICIDE-POISONING-VICTIMS-OF-A-GENERAL-HOSPITAL-IN-DOURADOS-MS-FROM-2000-TO-2010.pdf). Acesso em: 14.out.2025

FERREIRA, Jhennifer Tortola. *et al.* Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Revista Saberes**, Rolim de Moura, v. 4, n. 1, p. 72-86, jan./jun. 2016. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.researchgate.net/profile/Eraldo-Batista/publication/334098659\_Os\_Centros\_de\_Atencao\_Psicossocial\_CAPS\_Uma\_Instituicao\_de\_Referencia\_no\_Atendimento\_a\_Saude\_Mental\_The\_Care\_Centers\_Psychosocial\_Caps\_a\_Reference\_Institution\_on\_Call\_to\_Mental\_Health/links/5d166f4b299bf1547c8710b4/Os-Centros-de-Atencao-Psicossocial-CAPS-Uma-Instituicao-de-Referencia-no-Atendimento-a-Saude-Mental-The-Care-Centers-Psychosocial-Caps-a-Reference-Institution-on-Call-to-Mental-Health.pdf. Acesso em: 02.agosto.2024.

FIALHO, Kênia Roberta Rosa. **Sentidos sobre o trabalho doméstico no Brasil: análise dos testemunhos do livro “Eu, empregada doméstica”**. 2001. Trabalho de

Conclusão de Curso (Graduação em Biblioteconomia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2001. Disponível em:

<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/229890/001131484.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

FILHO, M Calixto et al. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. *Saúde, Ética & Justiça*, v. 21, n. 2, p. 45-51, 2016.

FILHO, P. A.; SANTIAGO, E. **Boletim epidemiológico intoxicação exógena nº 1/2018**. Rio de Janeiro (RJ): Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Vigilância em Saúde, 2018. 45 p.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Informação Científica e Tecnológica. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas**. Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento. Brasil, 2016.

VELOSO, Caique *et al.* Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem** (Online), v. 38, n. 2, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/G4bWPQL8ygd8cb3r5FCsKdQ/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 10.set.2024.

FONTÃO, Mayara Cristine *et al.* Cuidado de enfermagem às pessoas atendidas na emergência por tentativa de suicídio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2199-2205, 2018. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/reben/a/WKgPLDmxtt3sL5xMG4htwhd/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 11.ago.2025.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FRAGA, Wagner Santana *et al.* Determinantes socioeconômicos do suicídio: Um estudo para os municípios do Brasil e do Rio Grande do Sul. **Economica**, v. 18, n. 2, p. 300-323, 2017. <https://doi.org/10.22409/ECONOMICA.1812.p.300>. Disponível em: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.anpec.org.br/sul/2016/su\_bmissao/files\_I/i3-1e941ade6f1aa8ea2da3a6a517b515df.pdf. Acesso em: 13.out.2025.

FREIRE, Carmen. *et al.* Pesticides, depression and suicide: a systematic review of the epidemiological evidence. **International Journal of Hygiene and Environmental Health**, v. 216, n. 4, p. 445-460, 2013. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23422404/>. Acesso em: 07.ago.2024.

FREITAS, Ana Paula Araújo *et al.* Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 1678-4669, 2017. Disponível em:

[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2017000100006](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100006). Acesso em: 19.out.2025.

FRENGIDOU, Elisavet; GALANIS, Petros; MALESIOS, Chrisovalantis. Pesticide Exposure or Pesticide Poisoning and the Risk of Depression in Agricultural Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Agromedicine**, v. 29, n. 1, p. 91-105, jan. 2024. DOI: 10.1080/1059924X.2023.2278801. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37937800/>. Acesso em: 21. Out.2025.

FÉLIX, Tamires Alexandre *et al.* Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. *Revista Contexto & Saúde*, v. 16, n. 31, p. 173-185, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/6079>. Acesso em: 11.set.2025.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **14º Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020** [Internet]. 2020. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/6ff530e4-8b9f-4e9f-b5d1-237093813356>.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2025**. 19. ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025. 434 p. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2025/09/anuario-2025.pdf>. Acesso em: 31 out. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox/2018.htm>. Acesso em: 19 out. 2024

GALLEGO, Inmaculada Díaz. *et al.* Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. **Anales de Psicología**, v. 27, n. 1, p. 155-163, 2011. Disponível em: <https://digitum.um.es/jspui/handle/10201/26451>. Acesso em: 26 ago. 2024.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; OLIVEIRA, Edineia Figueira Dos Anjos. An analysis of the federal funding for mental health care in Brazil. **Social Work in Health Care**, v. 56, n. 3, p. 169–188, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28118099/>. Acesso em: 04.out.2024.

GOLZAD, Hamed. *et al.* Mental Health Causation in the Construction Industry: A Systematic Review Employing a Psychological Safety Climate Model. **Buildings**, v. 13, n. 6, p. 1478, 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2075-5309/13/10/2442>. Acesso em: 12.out.2025.

GONZAGA, Carla Werneck Padovani *et al.* Exposição a agrotóxicos ou práticas agroecológicas: ideação suicida entre camponeses do semiárido no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, set. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KLVQwmNjS9x5mbnnHTkMJYF/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 16.out.2025.

GONÇAIS, Ghuilherme. O estigma da doença mental. **Diversitates International Journal**, p. 1-2, 2019. Disponível em: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/287/153>.

GONÇALVES, Ludmilla. R.C. *et al.* Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**, vol. 21, n. 2, p. 281-316, ago. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/neco/a/rNZc9zpMhgq5FfHSTwjbK3n/?lang=pt>. Acesso em: 05.set.2024.

GORZ, André. **O imaterial**. Conhecimento, Valor e Capital. São Paulo: Anablume, 2005.

GOTSENS, Mercé. *et al.* Validación de la causa básica de defunción en las muertes que requieren intervención medicolegal. **Revista Española de Salud Pública**, v. 85, n. 2, p. 163-74, 2011. Disponível em: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272011000200005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200005). Acesso em: 09.set.2024.

GOTTI, Eduardo Sousa *et al.* Prevenção do suicídio na Atenção Primária à Saúde: uma análise dos âmbitos de atuação profissional. **Revista Perspectivas**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 465–486, 2021. Disponível em: <https://revistaperspectivas.emnuvens.com.br/perspectivas/article/view/824>. Acesso em: 04.agosto.2024.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Portaria nº 925, de 14 de maio de 2024. **Institui a Política de Saúde das Trabalhadoras e Trabalhadores no Estado do Ceará**. Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2024. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/08/Politica\\_de\\_Saude\\_do\\_Trabalhador\\_-\\_Cevit\\_compressed\\_1.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/08/Politica_de_Saude_do_Trabalhador_-_Cevit_compressed_1.pdf). Acesso em: 21 out. 2025.

GREGUS, Zoltan. Mechanisms of Toxicity. In: KLAASEN, Curtis D. (Ed.). **Casarett and Doull's Toxicology: the basic science of poisons**. 8th ed. New York: McGraw-Hill, 2013. Capítulo 3.

GUDYNAS, Eduardo. O novo extrativismo progressista na América do Sul: teses sobre um velho problema sob novas expressões. In: LÉNA, P.; NASCIMENTO, E. P. (Ed.). **Enfrentando os limites do crescimento**. Sustentabilidade, decrescimento e prosperidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2012. p. 303-318. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Gudynas-2/publication/326671300\\_O\\_novo\\_extrativismo\\_progressista\\_na\\_America\\_do\\_Sul\\_teses\\_sobre\\_um\\_velho\\_problema\\_sob\\_novas\\_expressoes/links/5b5c8edca6fdccf0b2fe7caf/O-novo-extrativismo-progressista-na-America-do-Sul-teses-sobre-um-velho-problema-sob-novas-expressoes.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Gudynas-2/publication/326671300_O_novo_extrativismo_progressista_na_America_do_Sul_teses_sobre_um_velho_problema_sob_novas_expressoes/links/5b5c8edca6fdccf0b2fe7caf/O-novo-extrativismo-progressista-na-America-do-Sul-teses-sobre-um-velho-problema-sob-novas-expressoes.pdf). Acesso em: 10.agosto.2024.

HAGHPARAST - BIGDOLI, Hassan *et al.* Socio-demographic and economics factors associated with suicide mortality in Iran, 2001–2010: application of a decomposition model. **International Journal for Equity in Health** [Internet], v. 17, n. 77, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0794-0>. Acesso em: 27 out. 2024.

HARE, Billy. *et al.* Suicides among Construction Occupations in the UK. **Journal of Engineering, Project, and Production Management**, v. 14, n. 2, p. 102-115, 2024.

Disponível em:

<https://researchonline.gcu.ac.uk/ws/portalfiles/portal/82283223/82274781.pdf>. Acesso em: 09.set.2025.

HARZHEIM, Erno. *et al.* Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1881, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1881>. Acesso em: 19.out.2025.

HECK, Rita Maria. *et al.* Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 26-33, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/vktB3gRmxBfYdgdYMxsYvXJ/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 11.set.2024.

HJELMELAND, Heidi; KNIZEK, Birthe L. Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests. **Death Studies**, v. 41, n. 8, p. 481-492, 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2017.1332905>. Acesso em: 04.out.2025.

HYLAND, Carly *et al.* Review of take-home pesticide exposure pathway in children living in agricultural areas. **Environmental Research**, v. 156, p. 559–570, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013935117300695>. Acesso em: 02.set.2025.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Ordem de serviço nº608 de 05 de agosto de 1998. **Aprova norma técnica sobre perda auditiva neurossensorial por exposição continuada a níveis elevados de pressão sonora**. Diário Oficial, Brasília, 1998.

JAEN-VARAS, Denisse. *et al.* The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 389-395, 2019. DOI: 10.1590/1516-4446-2018-0223. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6796813/>. Acesso em: 27 out. 2025.

JÚNIOR, Mário Ângelo Cenedesi. *et al.* Academic Essay On Equitable Access To Mental Health Services In Brazil. **IOSR Journal of Humanities and Social Science**, v. 29, n. 2, p. 24-29, 2024. Disponível em: <https://www.iosrjournals.org/iosr-jhss/papers/Vol.29-Issue9/Ser-8/E2909082831.pdf>. Acesso em: 06.out.2025.

JÚNIOR, Mário Ângelo Cenedesi *et al.* Os desafios na reconstrução de uma saúde pública de qualidade, no Brasil. **Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 1-25, 2024. ISSN 1696-8352. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/3219>. Acesso em: 06.out.2025.

JÚNIOR, Moisés Barbosa. et al. What kills the agricultural worker? A systematic review on suicide. *Rural and Remote Health*, v. 21, n. 3, p. 6067, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34384223/>. Acesso em: 14.set.2025.

JÚNIOR, Moisés Barbosa et al. The link between pesticide exposure and suicide in agricultural workers: a systematic review. *Rural and Remote Health*, v. 24, n. 2, p. 8190, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38973164/>. Acesso em: 11.set.2025.

KANTORSKI, Luciane Prado. *et al.* Prevalência de ideação e tentativa de suicídio entre usuários de um centro de atenção Psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, e20190505, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/YpxCV8Yk6jyTfBsSDmWr7MF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13.out.2025.

KARASEK, Robert A. Jr. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285-308, 1979. Disponível em: <http://www.jstor.com/stable/2392498>. Acesso em: 6 set. 2025.

KARASEK, Robert. Low social control and physiological deregulation -the stress-disequilibrium theory, towards a new demand-control model. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, n. 6, p. 117-35, 2008. Disponível em: [https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Aged%3A14%3A31309118/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Aged%3A34876654&crl=c&link\\_origin=scholar.google.com](https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Aged%3A14%3A31309118/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Aged%3A34876654&crl=c&link_origin=scholar.google.com). Acesso em: 22.set.2025.

KATZ, Natan. *et al.* Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1389-1400, abr. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.22142018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1389-1400/>. Acesso em: 20 out. 2025.

KERGOAT, Danièle. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 86, p. 93-103, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/hVNnxSrszcVLOGfHFfF85kk/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 26.out.2025.

KILOMBA, Grada. **Memórias da Plantação: Episódios de Racismo Cotidiano**. 1. ed. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

KIM, Jeong Lim. *et al.* Effect of socioeconomic status on the linkage between suicidal ideation and suicide attempts. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 46, n. 5, p. 550-562, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/sltb.12242>. Acesso em: 30.set.2025.

KIM, Eun. *et al.* The characteristics and effects of suicide attempters' suicidality levels in gender differences. **Heliyon**, v. 9, n. 11, e20844, 2023. Disponível em:

[https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440\(23\)03869-0](https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440(23)03869-0). Acesso em:20.ago.2024.

KLIEVE, Helen. *et al.* Who uses firearms as a means of suicide? A population study exploring firearm accessibility and method choice. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 50, n. 1, p. 111-120, 2009. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1741-7015-7-52>. Acesso em: 24.out.2025.

KLINGELSCHMIDT, Justine. *et al.* Suicide among agricultural, forestry, and fishery workers: a systematic literature review and meta-analysis. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v. 44, n. 4, p. 353-364, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29085951/>. Acesso em:11.out.2025.

KORI, Rajesh Kumar. *et al.* Neurochemical and Behavioral Dysfunctions in Pesticide Exposed Farm Workers: A Clinical Outcome. **Indian Journal of Clinical Biochemistry**, v. 33, n. 4, p. 372-81, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12291-018-0791-5>. Acesso em: 05.set.2024.

KRISTENSEN, Tage S. *et al.* The Copenhagen Psychosocial Questionnaire: a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v. 31, n. 6, p. 438-49, 2005. Disponível em: [http://www.sjweh.fi/show\\_abstract.php?abstract\\_id=948](http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=948). Acesso em: 6 jan. 2024.

KYUNG-SOOK, Woo. *et al.* Marital status integration and suicide: a meta-analysis and meta-regression. **Social Science & Medicine**, v. 197, p. 116-26, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617307268>. Acesso em: 28.set.2025

LACAZ, Carlos da Silva *et al.* **Introdução à geografia médica no Brasil**. São Paulo: Ed. Edgar Blücher, 1972.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, e13, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v.41/2317-6369-rbso-41-e13.pdf>.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 41-59, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/d3pjaxHKrnHKgwQNzbXgNGB/?lang=pt>. Acesso em: 13.ago.2024

LAMONTAGNE, Anthony D. *et al.* Work-related suicide: Evolving understandings of etiology & intervention. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 67, n. 7, p. 567-580, 2024. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ajim.23624>. Acesso em: 27.10.2025.

LANGE, Shannon *et al.* Contextual factors associated with country-level suicide mortality in the Americas, 2000–2019: a cross-sectional ecological study. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 20, p. 100450, 2023. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(23\)00024-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00024-8/fulltext). Acesso em: 12.ago.2025.

LARROSA, Marcos *et al.* Systematic review on occupational medicine training in European medical schools. **Occupational Medicine**, kqaf055, 22 jul. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaf055>. Acesso em: 12 out. 2025.

LAURELL, Ana Cristina. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud** [Internet], n. 2, p. 7-25, 1982. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657748/name/sausedoenca.pdf>.

LAZZARATO, Maurizio; NEGRI, Antonio. **Trabalho imaterial**. Formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LEE, Jae Bok. **Mortalidade por acidentes de trabalho em Curitiba em 1998**: uma análise crítica das declarações de óbito. 1999. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 1999.

LEITE, Priscilla Contijo. *et al.* A few notes on women and the university in Brazil. **Feminist Theory**, v. 22, n. 4, p. 483-493, 2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1464700120987399>. Acesso em: 11.set.2025.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; CASTRO, Alexandre de Carvalho. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 769-778, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XjNTqbY9c9MG75gP63JmGCm/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 17.out.2024.

LIMA, Luana; PAZ, Francisco Phelipe Cunha. A morte como horizonte?: Notas sobre suicídio, racismo e necropolítica. **Teoria e Cultura**, v. 16, n. 1, p. 95-109, 2021. doi: 10.34019/2318-101X.2021.v.16.30795. Disponível em: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/87561822/23127-libre.pdf?1655311081=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DA\\_morte\\_como\\_horizonte.pdf&Expires=1762797531&Signature=ON0j2t39WSZTzgY~UfShcknpTDwKX7Te0-gWikVBfMvPh0hrjbjFS9WWKHxzUJYsrE9-Ddc8iLX9jAe4PIG22HEOKea0hce4XyY9kMZe-FJlyZXwt2lhxVQaWRd5rQXcQsJSmocGcItXXW0NmDFHOgIpZAI0tawk09GcwjaK7jK7so-hZL1vyByvBcplIvuYx-PnvQWRbXQ7rTtv9ePj3eKM1psCh~5mMRrp2g2tUp~GqCyQzbAEx9490-GtRqAWqoj7tZvcMPeIBC1DZFeAwLdphGVNOo1fzL4TuR5gVEOAG1epWuFIY6ovmeHfHOSg6KsOuH6ubqD89afQ6IsSQ\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/87561822/23127-libre.pdf?1655311081=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DA_morte_como_horizonte.pdf&Expires=1762797531&Signature=ON0j2t39WSZTzgY~UfShcknpTDwKX7Te0-gWikVBfMvPh0hrjbjFS9WWKHxzUJYsrE9-Ddc8iLX9jAe4PIG22HEOKea0hce4XyY9kMZe-FJlyZXwt2lhxVQaWRd5rQXcQsJSmocGcItXXW0NmDFHOgIpZAI0tawk09GcwjaK7jK7so-hZL1vyByvBcplIvuYx-PnvQWRbXQ7rTtv9ePj3eKM1psCh~5mMRrp2g2tUp~GqCyQzbAEx9490-GtRqAWqoj7tZvcMPeIBC1DZFeAwLdphGVNOo1fzL4TuR5gVEOAG1epWuFIY6ovmeHfHOSg6KsOuH6ubqD89afQ6IsSQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA). Acesso em: 05.set.2024.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. A polêmica em torno do nexos causal entre distúrbio mental e trabalho. **Psicologia em Revista**, v. 9, n. 13, p. 54-68, 2003.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes *et al.* A relação entre transtorno mental e trabalho: um diagnóstico no setor siderúrgico. In: GOULART, I. B. (Org.). **Temas de psicologia e administração**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 293-320.

LONDON, Leslie. *et al.* Neurobehavioral and neurodevelopmental effects of pesticide exposures. **Neurotoxicology**, v. 33, n. 4, p. 887-896, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0161813X12000071>. Acesso em: 11.out.2025.

LOUREIRO, Paulo Roberto Amorim *et al.* **Os determinantes econômicos do suicídio**: um estudo para o Brasil. Brasília: IPEA, 2010. Disponível em: <https://www.econstor.eu/handle/10419/91096>. Acesso em: 09.set.2024.

LOVISI, Giovanni Marcos *et al.* Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 2, S86-S94, 2009. doi: 10.1590/s1516-44462009000600007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/x7987JHsK6HpNdZn9qkrVtQ/?lang=en>. Acesso em: 15.out.2024.

LUCCA, Sergio R.; MENDES, René. Epidemiologia dos acidentes do trabalho fatais em área metropolitana da Região Sudeste do Brasil, 1979-1989. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 168-176, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CJyHGPX9SwdzVhjm86YhdkL/?lang=pt>. Acesso em: 04.out.2024.

LUND, Crick. *et al.* Social determinants of mental disorders and the sustainable development goals: a systematic review of reviews. **Lancet Psychiatry**, v. 5, n. 4, p. 357-369, 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(18\)30060-9/abstract?\\${trackingTag}=&code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(18)30060-9/abstract?${trackingTag}=&code=lancet-site). Acesso em: 16.out.2025.

LÓPEZ-GÁLVEZ, Nicolas. *et al.* Systematic Literature Review of the Take-Home Route of Pesticide Exposure via Biomonitoring and Environmental Monitoring. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 11, 2019. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/12/2177>. Acesso em: 08.out.2024.

MACEDO, Klivia Paula Soares *et al.* Atuação do Núcleo Estadual de Telessaúde no estado do Ceará, no período de 2015 a 2018. **Gestão & Cuidado em Saúde**, v. 1, n. 2, e11159, 2023. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/gestaoecuidado/article/view/11159>. Acesso em: 13.out.2025

MACHADO, Daiane Borges *et al.* Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** [Internet], v. 64, n. 1, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/jSFVzxZCLjTrDMqzwVSpqKG/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 14.ago.2024.

MACIEL, Franciele Tonet. Occupational segregation and wage differentials by gender and race in Brazil: evidence from a quantile decomposition. **International Journal of Manpower**, v. 41, n. 7, p. 959-976, 2020. Disponível em: <https://www.emerald.com/ijm/article-abstract/42/5/810/139084/Occupational-segregation-and-wage-differentials-by?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 11.out.2025.

MACIEL, Álvaro Jorge Trindade *et al.* Diferenças por sexo e região nos padrões de suicídio entre idosos no Brasil. **Summa: Revista de Estudos Acadêmicos Multidisciplinares**, v. 8, n. 18, e181852, maio 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.55892/smhs.v.8i18>. Acesso em: <https://summajournals.org/index.php/smhs/article/view/8>. Acesso em: 31 out. 2025.

MADEIRA, Sheila Fernanda *et al.* Portrait of training and worker health surveillance actions in Santa Catarina, Brazil. **Public Health**, v. 231, p. 107317, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39371283/>. Acesso em: 06.set.2025.

MAGALHÃES, Ana Paula Nogueira de *et al.* Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 1, p. 16-22, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/sB3pGhpR4cYPcR4mV33sV3M/?lang=pt&format=h tml>. Acesso em: 01.out.2025.

MAGALHÃES, Andrea Franco Amoras.; CALDAS, Eloisa Dutra. Exposição e intoxicação ocupacional a produtos químicos no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet], v. 72, Supl 1, p. 36-44, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CDGyFY9g6qNSq4ywcRsGhff/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 23.out.2025.

MALASPINA, Fabiana Godoy *et al.* Perfil epidemiológico das intoxicações por agrotóxicos no Brasil, no período de 1995 a 2010. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 425-34, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-641464>. Acesso em: 06.set.2025.

MANELLI, Jéssica Pereira; MACHADO, Dinair Ferreira. A interseccionalidade de gênero, raça e classe social nas trajetórias de vida de mulheres que tentaram suicídio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, e04862024, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025307.04862024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2025.v.30n7/e04862024/pt/>. Acesso em: 27 out. 2025.

MARINS, Eduardo Frios. *et al.* Suicides in Brazilian Federal Highway Police: A retrospective study with 20-years' data (2001-2020). **American Journal of Industrial Medicine**, v. 66, n. 12, p. 953-960, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37380600/>. Acesso em: 15.out.2025.

MARX, Karl. **Manuscrtos econômicos-filosóficos**. São Paulo, Brasil: Boitempo, 2004.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto Comunista**. São Paulo: Boitempo, 1998.

MARZANA, Daniela *et al.* The transition to adulthood in Colombia. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 28, n. 1, p. 99-112, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v28n1/v28n1a9.pdf>. Acesso em: 29.set.2024.

MATA, Kaio Cruz Ramos da *et al.* Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. **Revista Psicologia Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 9, n. 1, p. 74-87, mar. 2020. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/2842>. Acesso em: 17.ago.2024.

MEDEIROS, Maria Angélica Tavares *et al.* Política de Saúde do Trabalhador: revisitando o caso do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 81-91, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v.38n127/v.38n127a11.pdf>. Acesso em: 16.set.2024.

MEDEIROS, Mariana Pedroza; ZANELLO, Valeska. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 384-403, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4518/451858897021/451858897021.pdf>. Acesso em: 30.out.2025.

MEIRA, Karina Cardoso *et al.* Suicídio: uma questão de gênero [Internet]. **Demografia UFRN**, 22 mar. 2021. Disponível em: <https://demografiufrn.net/2021/03/22/suicidio-uma-questao-de-genero>. Acesso em: 14.ago.2024

MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 2, p. 135-140, 1998. doi: 10.1590/s0104-42301998000200012. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/9699332>. Acesso em: 20.out.2024.

MELO, Cristiane Magalhães de. *et al.* Óbitos violentos e tentativas de suicídio por intoxicação exógena em mulheres: eventos preditores da violência doméstica. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, Viçosa, v. 31, n. 1, p. 7-39, 2020. <https://doi.org/10.31423/oikos.v.31i1.8983>. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/f8c2b1ad-7f46-407f-9944-e598513d02dd/full>. Acesso em: 19.out.2024.

MENEGHEL, Stela Nazareth. *et al.* Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 983-992, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v17n8/09.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v17n8/09.pdf). Acesso em: 14.set.2024

MERGL, Roland. *et al.* What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. **PLoS ONE**, v. 10, n. 4, e0125749, 2015. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0129062>. Acesso em: 23.out.2025.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112. Disponível em: [https://digitalrepository.unm.edu/lasm\\_pt/145/?sequence=1](https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/145/?sequence=1). Acesso em: 25.set.2025.

MEW, Emma J. *et al.* The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006-15: Systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 219, p. 93-104, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503271730280X>. Acesso em: 08.out.2024

MEYER, Armando. *et al.* Mood disorders hospitalizations, suicide attempts, and suicide mortality among agricultural workers and residents in an area with intensive use of pesticides in Brazil. **Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A**, v. 73, n. 13-14, p. 866-877, 2010. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15287391003744781>. Acesso em: 10.set.2025.

MIDDLETON, Karen. *et al.* Female role portrayals in Brazilian advertising: are outdated cultural stereotypes preventing change? **International Journal of Advertising**, v. 39, n. 5, p. 679-698, 2019. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02650487.2019.1658428>. Acesso em: 03.out.2025.

MILIAUSKAS, Cláudia Reis. *et al.* Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1935-1944, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6JSbHzbr8LkfdY5DkwtXkm/?lang=pt>. Acesso em: 27.set.2024.

MILNER, A. *et al.* Access to means of suicide, occupation and the risk of suicide: a national study over 12 years of coronial data. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 1, 149, 2017. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1288-0>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-017-1288-0>. Acesso em: 24.set.2024

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p. 2405-2415, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2013.v29n12/2405-2415/pt>. Acesso em: 02.ago.2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *et al.* **Missão prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

MINTO, Cátia Martinez *et al.* Descrição das características do Sistema de Informações sobre Mortalidade nos municípios do estado de São Paulo.

**Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 4, p. 869-80, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/DyXhbfCFzxQStGRbtChQ9Jp/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 19.ago.2024.

MOLINER, Juliane *et al.* Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DxBCnNWKL5ZW6PrLV7JtFZF/?lang=pt>. Acesso em: 11.out.2025.

MONTEIRO, Rosane Aparecida *et al.* Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente: Brasil, 2002 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 689-700, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00689.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00689.pdf). Acesso em:30.out.2025.

MOREIRA, Daiane Luz *et al.* PERFIL DE PACIENTES ATENDIDOS POR TENTATIVA DE SUICÍDIO EM UM CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 21, n. 2, ago. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n2/art\\_07.pdf](https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n2/art_07.pdf). Acesso em: 24.set.2024.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. *et al.* Previne Brasil, the Agency for the Development of Primary Healthcare, and the Services Portfolio: radicalization of privatization policy in basic healthcare? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, e00040220, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?lang=en>. Acesso em: 13.ago.2024.

MOSCONI, G. *et al.* Transition to retirement impact on risk of depression and suicidality: results from a longitudinal analysis of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 32, e40, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37165784/>. Acesso em: 07.ago.2024

MOURA, Joana Tereza Vaz *et al.* A construção das redes que disputam a regulamentação dos agrotóxicos no Brasil: o PL 6299 *versus* a Política Nacional de Redução do Uso de Agrotóxicos (PNaRa). **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 39, 2022. <https://doi.org/10.1590/0103-3352.2022.39.258131>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/ZYnx5JfTB4BfXDPbVBQcK7M/?lang=pt>. Acesso em: 22.out.2025.

MÜLLER, Sônia de Alcântara *et al.* Estratégias de prevenção e pós-venção do suicídio: estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 6-23, nov. 2017. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-50272017000200002](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000200002). Acesso em: 20 out. 2025.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, Rio de Janeiro, v.

18, n. 1, p. 49–55, jan./abr. 2006.(<https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000100006>). Disponível em: 18.set.2024.

NASCIMENTO, Ana Laura Borges Ferreira *et al.* Os impactos psicossociais na saúde mental das trabalhadoras domésticas remuneradas brasileiras: uma revisão integrativa. **Mudanças: Psicologia da Saúde**, v. 33, e2025-001, 2025.

<https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v.33.pe2025-001>. Disponível em: <https://revistas.metodista.br/index.php/mudancas/article/view/1728>. Acesso em:06.out.2025.

NETTO, Nilson Berenchtein. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a Psicologia clínica. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013. p. 15-24.

NG, Qin Xiang. *et al.* Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, v. 99, p. 129-41, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29454220/>. Acesso em:23.out.2025.

NOCK, Matthew K.; FAVAZZA, Armaruio. R. Nonsuicidal selfinjury: Definition and classification. **Clinical Psychology Review**, v. 29, n. 6, p. 556-565, 2009.

NOMELLINI, Patricia Ferreira *et al.* Óbitos por acidentes e violências relacionados ao trabalho no município de Palmas, Estado do Tocantins, Brasil, 2010 e 2011: série de casos e investigação por meio de autópsia verbal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 3, p. 413-422, 2013. DOI: 10.5123/S1679-49742013000300006. Disponível em: [https://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1679-49742013000300006&lng=pt&nrm=is](https://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742013000300006&lng=pt&nrm=is). Acesso em:16.ago.2024.

NUNES, Jeanine Maria Sobral. *et al.* A produção do cuidado em saúde mental: Avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1213-1232, 2016. Disponível em:<https://www.scielo.org/article/physis/2016.v26n4/1213-1232/pt/>. Acesso em: 30.set.2024.

NUNES, Everardo Duarte. O suicídio – reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 7-34, 1998. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csp/v14n1/0199.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v14n1/0199.pdf). Acesso em: 05.set.2024.

NWAOGU, Janet. *et al.* Prevalence and Risk Factors for Poor Mental Health and Suicidal Ideation in the Nigerian Construction Industry. **Journal of Construction Engineering and Management**, v. 149, n. 11, 2023. Disponível em: <https://ascelibrary.org/doi/abs/10.1061/JCEMD4.COENG-12253>. Acesso em: 12.out.2025.

O'CONNOR, Rory . **When it is darkest**: Why people die by suicide and what we can do to prevent it. Vermilion, an imprint of Ebury Publishing, Penguin Random House UK, 2021.

OLIVEIRA, Paulo Antônio Barros; MENDES, Jussara Maria. Acidentes de trabalho: violência urbana e morte em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, Supl. 2, p. 73-83, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FDRdDZhKPPWqrkNmG7kksHf/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 07.out.2025.

OLIVEIRA, Adriano Teixeira de *et al.* Levels of total mercury and health risk assessment of consuming freshwater stingrays (Chondrichthyes: Potamotrygoninae) of the Brazilian Amazon. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 20, n. 21, p. 6990, 2023. DOI: 10.3390/ijerph20216990. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/21/6990>. Acesso em: 9 out. 2024.

OLIVEIRA, Fabiana Souza. *et al.* Panorama epidemiológico do suicídio no Brasil: tentativas e óbitos. **Revista ESAP**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 45–59, 2024. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/884>. Acesso em: 22.set.2025.

OLIVEIRA, Jefferson Wladimir Tenório de *et al.* Características das tentativas de suicídio atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Minas Gerais, Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 69, n. 4, p. 239-246, 2020. DOI: 10.1590/0047-20850000000289. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/57PhKswHhsp5nwhnNzqdkLC/?lang=pt>. Acesso em: 19.out.2025.

OLIVEIRA, Rodrigo Carvalho. *et al.* Efeitos das aposentadorias por tempo de contribuição e por idade sobre saúde e bem-estar dos indivíduos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, e00084120, out. 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084120>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hftjsDvdNgC8rTg9b9xQvxv/abstract/?format=html&lang=es>. Acesso em: 11.out.2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **ILO introductory report**: global trends and challenges on occupational safety and health: XIX World Congress on Safety and Health at Work: Istanbul Turkey, 11-15 September 2011. Geneva: OIT, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Folha informativa.: OMS, 2021. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Suicídio**.: OMS, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 9 mar. 2024.

PAGE, Andrew. *et al.* The impact of transitions from employment to retirement on suicidal behaviour among older aged Australians. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 56, p. 759-771, 2020. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-020-01947-0>. Acesso em: 17.out.2025.

PALMA, Tarciso de Figueiredo *et al.* Quando a saída é a própria morte: suicídio entre trabalhadores e trabalhadoras no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, e00922023, 2024. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/mK6pypbHBYkRDmKhD5m5WqS/>. Acesso em: 09 out. 2025

PATTERSON, George T *et al.* Stress management interventions for police officers and recruits: a meta analysis. **Journal of Experimental Criminology**, v. 10, n. 4, p. 487-511, 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11292-014-9214-7>. Acesso em: 14.out.2025.

PEJTERSEN, Jan Hyld. *et al.* The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 38, n. 3, p. 8-24, 2010. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494809349858>. Acesso em: 21 ago. 2024.

PEGORARO, Renata Fabiana.; CALDANA, Regina Helena Lima. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 12, n. 25, p. 295-307, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2008.v12n25/295-307/pt>. Acesso em: 29.ou.2024.

PEPER-NASCIMENTO, Jefté. *et al.* Influence of changes in occupational status during the covid-19 pandemic on suicidal narrative, suicide crisis syndrome, and suicidal ideation in brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 10, e01862023-e01862023, 2024. <https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.01862023>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n10/e01862023/en/>. Acesso em: 10.out.2025.

PERCEVAL, Meg. *et al.* Environmental factors and suicide in Australian farmers: A qualitative study. **Archives of Environmental & Occupational Health**, v. 74, n. 5, p. 279-286, 2019. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19338244.2018.1453774>. Acesso em: 08.out.2025.

PEREIRA, Maria Juliana Alves. *et al.* Perfil dos Casos Notificados de Intoxicação Exógena por Medicamentos no Estado do Ceará. **Id on Line Revista Multidisciplinar Psicologia**, v. 14, n. 54, p. 457-477, fev. 2020. ISSN 1981-1179. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2984>. Acesso em: 30.ago.2024.

PEREIRA, Camila Corrêa Matias; GILANI, Vahid Najafi Moghaddam; NAZIF-MUNOZ, José Ignacio. A brief research report of suicide rates in the Brazilian elderly over a 12-year period: the lack of association of the “Setembro Amarelo” campaign for suicide prevention. **Frontiers in Psychiatry**, v. 15, p. 1354030, 2024. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1354030. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11306183/>. Acesso em: 19 out. 2025.

PINA, José Augusto; STOTZ, Eduardo Navarro; JACKSON FILHO, José Marçal. Trabalhador “compatível”, fratura exposta no processo de produção da indústria automobilística: intensificação do trabalho e saúde em questão. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00114017, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/q4N88F53SccVhmzfWNvKfwt/?lang=pt>. Acesso em: 24.out.2025.

PINHEIRO, Isadora Loyola; PEREIRA, Camila Claudiano Quina. Suicídio como sintoma social: um estudo sobre os impactos do capitalismo nas subjetividades. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 76-96, 2023. DOI: 10.22456/2238-152X.124065. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/124065>. Acesso em: 3 nov. 2025.

PINHO, Paloma de Sousa; ARAÚJO, Tânia Maria. Association between housework overload and common mental disorders in women. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 560–572, 2012. (<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300010>). Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2012.v15n3/560-572/en>. Acesso em: 29.out.2025.

PINTO, Lélia Lessa Teixeira. *et al.* Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 4, p. 203–210, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000172>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/dGXFmDsvQWg6KjsRvGz9PWh/?lang=pt>. Acesso em: 30.ago.2024.

PIRES, M. C. *et al.* Fatores de risco para tentativa de suicídio em idosos. **Revista de Neurobiologia**, v. 72, n. 4, p. 21-28, 2009.

POLETTI, Michele.; KOLLER, Silva Helena. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 25, n. 3, p. 405-416, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/DycNK6BKd8jJmr5rmJk8P9D/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 11.set.2024.

PONTES, Andrezza Graziella Veríssimo *et al.* Os perímetros irrigados como estratégia geopolítica para o “desenvolvimento” do semiárido e suas implicações à saúde, ao trabalho e ao ambiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3213-3222, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PB8Mt4Bz8H3vDC7LQSQpfwv/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2025.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza; MARTINS, Bruno Sena. Repensando alternativas em Saúde do Trabalhador em uma perspectiva emancipatória. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, e19018, 2019. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000019018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/vCxmBVyCC6ssm4WzPZzt5cR/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 25.out.2025.

PURC-STEPHENSON, Rebecca. *et al.* Understanding the factors contributing to farmer suicide: a meta-synthesis of qualitative research. **Rural and Remote Health**, v. 23, n. 3, p. 8189, 2023. Disponível em: <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/informit.436931822250973>. Acesso em: 18.out.2025.

QUEIRÓS, Cristina. *et al.* Job Stress, Burnout and Coping in Police Officers: Relationships and Psychometric Properties of the Organizational Police Stress Questionnaire. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 18, 6718, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/18/6718>. Acesso em: 05.out.2025

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (Org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais - perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: Clacso, 2005. p. 107-130. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12\_QUIJANO.pdf. Acesso em: 02. Out.2025

RAMOS, Francisco Luzio de Paula *et al.* As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 7, p. 1-10, 2016. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232016000500221](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000500221). Acesso em: 12.ou.2024

RAMOS, Maíra Catharina. de. *et al.* Regionalization for health improvement: A systematic review. **PLOS ONE**, v. 15, n. 12, e0244078, 21 dez. 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0244078. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33351841/>. Acesso em: 20 out. 2025.

RAZZOUK, Denise. *et al.* Community-based mental health services in Brazil. **Consortium Psychiatricum**, v. 1, n. 1, p. 60-70, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38680388/>. Acesso em: 03.out.2025

REDE BRASILEIRA DE JUSTIÇA AMBIENTAL. **Manifesto de Lançamento**. Rio de Janeiro: RBJA, 2011. Disponível em: <https://antigo.mma.gov.br/educacao-ambiental/po%C3%ADtica-nacional-de-educa%C3%A7%C3%A3o-ambiental/documentos-referenciais/item/8077-manifesto-de-lan%C3%A7amento-da-rede-brasileira-de-justi%C3%A7a-ambiental.html>. Acesso em: 02.out.2025

REIS, Angélica Cunha dos. **Cuidado ao idoso e trabalho doméstico: Uma análise da conjunção de opressões**. 2024. 141 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2024. DOI: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.279>. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/42046>. Acesso em: 09.out.2025

REITZES, D. C. *et al.* Does retirement hurt well-being? Factors influencing self-esteem and depression among retirees and workers. **Gerontologist**, v. 36, p. 649-56, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8942108/>. Acesso em: 02.out.2025

RENAULT, Emmanuel. Du fordisme au post-fordisme: Dépassement ou retour de l'aliénation? **Actuel Marx**, n. 39, p. 89-105, 2006. Disponível em: <https://shs.cairn.info/revue-actuel-marx-2006-2-page-156?lang=fr>. Acesso em: 19 out.2025

RENAULT, E. **Souffrance Sociales**. Philosophie, psychologie et politique. Paris: Editions la Découverte Paris XIII, 2008.

RIBEIRO, José Mendes.; MOREIRA, Marcelo Rasga. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.17192018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/txZCWtk98yqSkvTTj6Vj74b/?lang=pt>. Acesso em: 06.out.2024

RIGOTTO, Raquel Maria.; AGUIAR, Ada Cristina Pontes. Invisibilidade ou invisibilização dos efeitos crônicos dos agrotóxicos à saúde? Desafios à ciência e às políticas públicas. **Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas**, 2018. Disponível em: [http://capacidadeshumanas.org/oichsitev3/wp-content/uploads/2018/10/03\\_agrotoxicos-final.pdf](http://capacidadeshumanas.org/oichsitev3/wp-content/uploads/2018/10/03_agrotoxicos-final.pdf). Acesso em: 04.out.2024

RIGOTTO, Raquel Maria *et al.* Vozes e fazeres do semiárido: convites à descolonização do campo científico, rumo a outras práxis. **ENSAIO Saúde debate**, v. 46, n. spe2, jun. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WnWX6M738bjwqFPWB35jDYN/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 11.out.2025

RIGOTTO, Raquel Maria. Saúde ambiental & Saúde dos trabalhadores: uma aproximação promissora entre o verde e o vermelho. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n. 4, p. 321-331, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/VKTWFQqWVQJzSHCtw9tGLG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01.09.2024

RINGERING, Sophia. *et al.* Male Farm and Agricultural Worker Suicides in Kansas, 2016-2020. **Journal of Agromedicine**, v. 29, n. 1, p. 136-143, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38250797/>. Acesso em: 03.out.2025

ROBERTO, Paulo Henrique Souza. “**Eu moro aqui e parece que sou invisível**”: o (im)prescrito do trabalho doméstico remunerado. 2023. 131 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/933712>. Acesso em: 03.out.2025

ROCHA, Diogo Ferreira. *et al.* The map of conflicts related to environmental injustice and health in Brazil. **Sustainability Science**, v. 13, p. 709-719, 2018. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://neepes.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/2017\\_-\\_the\\_map\\_of\\_conflicts\\_related\\_to\\_environmental\\_injustice\\_and\\_health.pdf](chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://neepes.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/2017_-_the_map_of_conflicts_related_to_environmental_injustice_and_health.pdf). Acesso em: 23.set.2024

ROCHA, Patricia Rodrigues da Rocha ; DAVID, Helena Maria Sherlowski Leal  
Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na teoria da produção  
social da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 129-135,  
2015. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4Ndw5mtQzq4DG67WgZmFxrj/?lang=pt#>. Acesso  
em: 16 jun. 2024.

RODRIGUES, Daisy Schwab *et al.* Apostila de Toxicologia Básica. Centro de  
informações Antiveneno (CIAVE). Governo do Estado da Bahia. Secretaria da  
Saúde do Estado da Bahia 2009; Disponível em: chrome-  
extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saude.ba.gov.br/wp-  
content/uploads/2017/08/Apostila\_CIAVE\_Ago\_2009\_A4.pdf. Acesso em:  
21.set.2024

RODRIGUES, Helenilto de Freitas. *et al.* Análise epidemiológica do suicídio na  
Região Nordeste do Brasil no período de 2014 a 2018. **Research, Society and  
Development**, v. 9, n. 7, e659974725, 2020. Disponível em:  
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4725>. Acesso em: 21.out.2024

RODRÍGUEZ-MARTÍNEZ, Manuel; GARZÓN-ALFONSO, Cristian C. Twitter  
Health Surveillance (THS) System. In: IEEE International Conference on Big Data,  
Seattle, December 2018. Proceedings New York: IEEE, 2018. p. 1647-1654. DOI:  
10.1109/BigData.2018.8622504. Disponível em:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30706061/>. Acesso em: 19 out. 2025

ROSA, Ana Elisa Sena Klein da. Suicídio e fragilidade social na velhice, uma triste  
realidade. **Revista Portal de Divulgação**, São Paulo, v. 12, p. 49–61, jul. 2011.  
Disponível em:  
<https://revistalongeviver.com.br/antiores/index.php/revistaportal/article/viewFile/171/171>. Acesso em: 31 out. 2025.

RUDMIN, Floyd Webster. *et al.* Questions of culture, age and gender in the  
epidemiology of suicide. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 44, n. 4, p. 373-  
381, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12887559/>. Acesso em:  
29.out.2025

RYLKO-BAUER, Barbara; FARMER, Paul . **Structural violence, poverty, and  
social suffering**. Oxford (UK): Oxford University Press, 2017. v. 1. Disponível em:  
[https://academic.oup.com/edited-volume/28019/chapter-  
abstract/211805814?redirectedFrom=fulltext](https://academic.oup.com/edited-volume/28019/chapter-abstract/211805814?redirectedFrom=fulltext). Acesso em: 25.out.2025

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. 2. ed. São Paulo: Editora  
Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Emprego doméstico e capitalismo**. Vozes, 1978.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Women in class society**. New York: Monthly Review  
Press, 1992.

SALES, Eliane Cardoso.; SANTANA, Vilma Sousa. Depressive and anxiety symptoms among housemaids. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 44, n. 6, p. 685-91, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14635246/>. Acesso em: 12.out.2025

SALVADOR, Evilasio. O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais. **Serviço Social & Sociedade**, n. 146, p. 45-64, 2024. Disponível em: <https://www.unirio.br/conselhos-superiores/unirio/cchs/ess/Members/giselle.silva/2020.1/uso-de-indicadores-sociais/salvador-o-arcabouco-fiscal-e-as-implicacoes-no-financiamento-das-politicas-sociais/view>. Acesso em:02.nov.2025

SAMPAIO, Mariá Lanzotti.; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, e00042620, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/n.9DzbdSJMNC4W9B4JsBvFZJ/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2024.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti.; JÚNIOR, José Patrício Bispo. Towards comprehensive mental health care: experiences and challenges of psychosocial care in Brazil. **BMC Public Health**, v. 21, 2021. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11397-1>. Acesso em:16.out.2024

SANINE, Patrícia Rodrigues. *et al.* Fatores associados à internação de usuários encaminhados pela atenção primária para acompanhamento em Centros de Atenção Psicossociais do município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e00690323, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RrSpDtvVJWc6t4xNTfHbK9v/>. Acesso em: 12 out. 2025.

SANTANA, Claudiana Mangabeira. *et al.* Exposição ocupacional de trabalhadores rurais a agrotóxicos. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 301–307, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/5MVM4bfzXm5XBxnGYS4HYPw/?lang=pt>. Acesso em:24.out.2024

SANTANA, Maria da Conceição Carneiro Pessoa. *et al.* Fonoaudiologia e saúde do trabalhador: vigilância é informação para a ação! **Revista CEFAC** [Internet], v. 11, n. 3, p. 522-8, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v.11n3/a22v11n3.pdf>. Acesso em: 14.set.2024

SANTOS, Edirlei Machado dos *et al.* Produção do cuidado em saúde mental na atenção básica: Revisão Integrativa. **Revista Funec Científica Enfermagem**, v. 2, n. 3, p. 38-52, 2018. Disponível em: <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/rfce/article/view/2377>. Acesso em: 20.out.2025

SANTOS, Boaventura de Souza. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 63, p. 237-80, 2002. Disponível em: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dhnet.org.br/direitos/militantes/boaventura/boaventura\_sociologia\_das\_ausencias.pdf. Acesso em: 12.set.2024

SANTOS, Luciana da Silva. **Profissão: do lar.** A (des)valorização do trabalho doméstico como desdobramento da (in)visibilidade feminina. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3956/1/2008\_LucianaSilvaSantos.pdf. Acesso em:01.set.2025

SANTOS, Luciana da Silva. **Donas de casa: donas da própria vida?** Problematizações acerca do trabalho (in)visível e da saúde mental de mulheres (des)valorizadas. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://repositorio2.unb.br/handle/10482/18355?mode=simple>. Acesso em: 01.set.2025

SANTOS, Luciana da Silva; DINIZ, Gláucia Ribeiro Starling. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 37-59, 2018. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-56652018000100003&script=sci\\_abstract](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-56652018000100003&script=sci_abstract). Acesso em: 01.set.2025

SAPARA, Adegboyega. *et al.* COVID-19 pandemic: demographic and clinical correlates of passive death wish and thoughts of self-harm among Canadians. **Journal of Mental Health**, v. 30, n. 2, p. 170-178, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33522340/>. Acesso em: 11.out. 2025

SCHLOSSER, Michael. *et al.* Firearms: Accessibility, Lethality, and Risk Factors When a Firearm is Present in the Home. **Practical Considerations for Preventing Police Suicide**, 2021.

SCHMITZ, Carlos André Aita.; HARZHEIM, Erno. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1453>. Acesso em: 06.out. 2025

SCHNITMANA, Gabriel. *et al.* Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 44-59, 2010. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/12/17>. Acesso em:07. out. 2025

SCHRIJVERS, Didier L. *et al.* The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. **Journal of Affective Disorders**, v. 138, n. 1, p. 19-26, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21529962/>. Acesso em: 20.set.2025

SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ. **Linha de cuidado para a atenção integral ao(à) trabalhador(a) com transtorno mental relacionado ao trabalho.**

Fortaleza: Secretaria da Saúde do Ceará, 2023. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/08/Linha\\_de\\_Cuidado\\_para\\_atencao\\_integral\\_ao\\_trabalhador\\_com\\_transtorno\\_mental\\_relacionado\\_ao\\_trabalho.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/08/Linha_de_Cuidado_para_atencao_integral_ao_trabalhador_com_transtorno_mental_relacionado_ao_trabalho.pdf). Acesso em: 03.out. 2024

SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ. **Mortalidade por suicídio no estado do Ceará, 2009-2023**. Boletim Epidemiológico nº 1, Ceará, 2024. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2018/06/Boletim\\_Epidemiologico\\_Suicidios-2024.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2018/06/Boletim_Epidemiologico_Suicidios-2024.pdf). Acesso em: 03.out. 2024

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Intoxicação Exógena Relacionada ao Trabalho**. Boletim Epidemiológico nº 1, Ceará, 2023. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim-Epidemiologico--Intoxicacao-Exogena-Relacionada-ao-Trabalho-N-o-1-07\_03\_2023.pptx-1.pdf. Acesso em: 23.set .2024

SEGATO, Rita Laura. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. **E-Cadernos CES**, n. 18, p. 1-5, 2012. Disponível em: <https://journals.openedition.org/eces/1533>. Acesso em: 04. out. 2025

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 1, n. 1, p. 27-41, 1996. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1076-8998.1.1.27>. Acesso em: 23.out. 2025

SILVA, Ana Karoline Matos *et al.* Análise de intoxicações exógenas no Estado do Piauí no período de 2013 a 2017. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, e505101017260, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/17260>. Acesso em: 12.ago.2024.

SILVA, Deiviane Pereira. *et al.* Práticas profissionais em saúde do trabalhador na Atenção Primária: desafios para implementação de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 12, p. 6005-16, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14842021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SJVvVKRnKRWmNHKfMTBxQWk/abstract/?format=html&lang=en>. Acesso em: 30. out. 2024

SILVA JUNIOR, João Silvestre.; FISCHER, Frida Marina. Disability due to mental illness: social security benefits in Brazil 2008-2011. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 186-90, 2014. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/rsp/a/Dcf4t5TFXQjnqrMrh86h39f/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 16. set. 2025

SILVA, Daniel Augusto da *et al.* Suicide Attempts and Suicide in Brazil: An Epidemiological Analysis. **Florence Nightingale Journal of Nursing**, v. 29, n. 3, p. 294–302, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35110169/>. Acesso em: 17. set. 2024.

SILVA, Dalva Aparecida da; MARCOLAN, João Fernando. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre 1996 e 2016 e a política pública. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 2, e79922080, nov. 2019. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2080>. Acesso em: 13.set. 2025

SILVA, Helena Caetano Gonçalves e et al. Intoxicação exógena: casos no estado de Santa Catarina no período de 2011 a 2015. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 3, p. 2-15, 2018. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/226>. Acesso em: 17.out.2025.

SILVA, Isaac Gonçalves da *et al.* DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL E TEMPORAL DO SUICÍDIO NO NORDESTE DO BRASIL. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, e78634, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/jZNqKqm7XgyNjnRsR8s4z8g/>. Acesso em: 25 out. 2025.

SILVA, Martinho Braga Batista. Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 8, n. 2, p. 303-321, 2005. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/rlpf/a/YChsvHn5rpjHCg3kQ3CjW7j/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10. Set.2024.

SILVA, Maria Ferreira da. *et al.* Vigilância em Saúde do Trabalhador na perspectiva de gestores e tomadores de decisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** (Online), v. 48, e1, 2023. DOI: 10.1590/2317-6369/05221pt2023v48e1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/m4BkW8bST7VHMycCscgzCXf/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 4 nov. 2025.

SOARES, Wagner. *et al.* Trabalho rural e fatores de risco associados ao regime de uso de agrotóxicos em Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, RJ, v. 19, n. 4, p. 1117-1127, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KNqZqcnfMz4cSB39K4vHpym/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 11.out. 2025

SOUSA, Ana Luisa Santos de. *et al.* Trabalho doméstico e questão social: o adoecimento mental das trabalhadoras no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 17., 2020, Rio de Janeiro. **Anais..Rio de Janeiro: ABEPSS**, 2020. Disponível em: <sciELO.br/j/pcp/a/XrGcRjVwVLtsDbfNmDqXrPQ/?format=pdf&lang=pt>.

SOUZA, M. L. P. de (Org.). **Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2013. 249 p. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas).

SOUZA, Ronaldo Santhiago Bonfim. de. *et al.* Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, e58, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e58/pt/>. Acesso em: 11 .out.2025

SOUZA, Denise Coelho de. *et al.* (Org.). **Linha de cuidado para a atenção integral ao(à) trabalhador(a) com transtorno mental relacionado ao trabalho**. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, Secretaria da Saúde, 2023. 59 p. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/08/Linha\_de\_Cuidado\_para\_atencao\_integral\_ao\_trabalhador\_com\_transtorno\_mental\_relacionado\_ao\_trabalho.pdf?utm\_source=chatgpt.com. Acesso em: 16. Out.2024

SOUZA, Heloísa Aparecida. *et al.* Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 44, e27, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/BZfzmT5SM4p4McZfctc8vqn/?lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2025.

SPIECKER, Eliane Maria. *et al.* Influence of the global crisis of 2008 and the brazilian political oscillations of 2014 on suicide rates: An analysis of the period from 2002 to 2017. **SSM-Population Health**, v. 13, 100754, 2021. (<https://doi.org/10.1016/J.SSMPH.2021.100754>). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235282732100029X>. Acesso em: 05. Out.2025

SPIEGEL, Jerry M. *et al.* Advancing health equity in healthy cities: Framing matters. **Journal of Public Health Policy**, v. 38, n. 2, p. 234-239, 2017. (<https://doi.org/10.1057/S41271-017-0070-3>). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1057/s41271-017-0070-3>. Acesso em: 15.out. 2025

SPIEGEL, Jerry M. *et al.* Why language matters: Insights and challenges in applying a social determination of health approach in a north-south collaborative research program. **Globalization and Health**, v. 11, n. 1, p. 9-9, 2015. (<https://doi.org/10.1186/S12992-015-0091-2>). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12992-015-0091-2>. Acesso em: 23.out. 2025.

STEEVES, Geoffrey M. *et al.* The interiorization of Brazilian violence, policing, and economic growth. **Economia**, v. 16, n. 3, p. 359-375, 2015. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.econstor.eu/bitstream/10419/179605/1/economia\_v16\_i3\_p359-375.pdf. Acesso em: 04. out. 2025.

SUNDARAVALLI, G. *et al.* Risk Factors Associated with Female Suicide Attempts: A Cross-sectional Study. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 17, n. 10, p. QC01-QC05, 2023. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.jcdr.net/articles/PDF/18190/60857\_CE[Ra1]\_F(IS)\_PF1(JY\_KM)\_PFA(JY\_KM)\_PN(KM).pdf. Acesso em: 02.out. 2024.

SUOKAS, Jaana. *et al.* Psychological distress and attitudes of emergency personnel towards suicide attempters. **Nordic Journal of Psychiatry**, v. 62, n. 2, p. 144-146,

2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18569778/>. Acesso em: 13.out. 2024.

SVAMPA, Maristella. Extractivism and neo-extractivism. In: HANDBOOK of critical environmental politics. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2022. p. 270-281. Disponível em: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/217406>. Acesso em: 12 nov. 2025.

SVAMPA, Maristella. Pensar el desarrollo desde América Latina. In: SEMINARIO LATINOAMERICANO “DERECHOS DE LA NATURALEZA Y ALTERNATIVAS AL EXTRACTIVISMO”, 2011, Buenos Aires: Colectivo Voces de Alerta, CLAES, Jóvenes por la Igualdad y CEPPAS, 2011. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://maristellasvampa.net/archivos/ensayo56.pdf. Acesso em: 11.out. 2025.

TAFURI, J.; ROBERTS, J. Organophosphate poisoning. **Annals of Emergency Medicine**, v. 16, n. 2, p. 193-202, 1987. DOI link, PMID: 354170. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3541700/>. Acesso em: 01.set.2025.

TAVARES, Jeane Saskya Campos. Suicídio na população negra brasileira: nota sobre mortes invisibilizadas. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, v. 4, n. 1, p. 77-84, 2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Jeane-Saskya-Tavares/publication/325426336\\_Suicidio\\_na\\_populacao\\_negra\\_brasileira\\_nota\\_sobre\\_mortes\\_invisibilizadas/links/5b0d76210f7e9b1ed70004a2/Suicidio-na-populacao-negra-brasileira-nota-sobre-mortes-invisibilizadas.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jeane-Saskya-Tavares/publication/325426336_Suicidio_na_populacao_negra_brasileira_nota_sobre_mortes_invisibilizadas/links/5b0d76210f7e9b1ed70004a2/Suicidio-na-populacao-negra-brasileira-nota-sobre-mortes-invisibilizadas.pdf). Acesso em: 20.out. 2025.

TEOH, Kevin Rui-Han *et al.* Working conditions, psychological distress and suicidal ideation: cross-sectional survey study of UK junior doctors. **BJPsych Open**, v. 10, n. 1, e15, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38099399/>. Acesso em: 09. out. 2025.

TETI, German L. *et al.* Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 36, n. 2, p. 124-133, ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v.36n2/08.pdf>. Acesso em: 23 out. 2025.

TOMASI, Elaine. *et al.* Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 807-815, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7ZcZwZDbpxQqFvgRhzhHPFFy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07.out. 2025.

TORO, Giovana Roman *et al.* O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. **Psicologia em Revista (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 407-419, 2013. DOI: 10.5752/P.1678-9563.2013v19n3p407. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682013000300006](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682013000300006) Acesso em: 08 set. 2025.

TORRES, Camila Costa. Trabalhadores Descartáveis? Condição de Terceirizado e Mal-Estar no Trabalho. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 16, n. 3, p. 715-735, 2016. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v16n3/n16a04.pdf. Acesso em: 15. set. 2024.

TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos. *et al.* Prevalence and factors associated with suicidal ideation among family caregivers of people with mental disorders. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n. 19-20, p. 3470-7, 2019. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14938>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31162868/>. Acesso em: 09.out. 2025.

TUNDIS, S. A.; COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 6. ed. Petrópolis: Vozes Abrasco, 2000.

UNESCO. **Educação para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Objetivos de aprendizagem**. Paris: UNESCO, 2017. Disponível em: [https://earthcharter.org/unesco-and-post-2015-education-for-sustainable-development/?gad\\_source=1&gad\\_campaignid=23205460522&gbraid=0AAAAADvJlJ5LsxzwbTVWmDZbA46XTBOym&gclid=CjwKCAiAlMHIBhAcEiwAZhZBUmGivWU2qEHpjwmBafHtLte2nqg61Wml9PmzAVS9sNJRrwutA8R-AhoCEMYQAvD\\_BwE](https://earthcharter.org/unesco-and-post-2015-education-for-sustainable-development/?gad_source=1&gad_campaignid=23205460522&gbraid=0AAAAADvJlJ5LsxzwbTVWmDZbA46XTBOym&gclid=CjwKCAiAlMHIBhAcEiwAZhZBUmGivWU2qEHpjwmBafHtLte2nqg61Wml9PmzAVS9sNJRrwutA8R-AhoCEMYQAvD_BwE). Acesso em: 18.ago.2024.

URTEAGA, Luis. Miseria, miasmas y microbios: las topografias medicas y el estudio del médio ambiente en el siglo XIX. **Revista Geo Crítica**, n. 29, 1980. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/geo29.htm>. Acesso em: 04.set.2025.

VARGAS, Francisco Beckenkamp. Trabalho, emprego, precariedade: dimensões conceituais em debate. **Caderno CRH**, v. 29, n. 77, p. 313-331, 2016. doi: 10.1590/S0103-49792016000200008. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/3476/347648350008.pdf. Acesso em: 18.ago.2024.

VASCONCELLOS, Luís Carlos Fadel *et al.* Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4617-4628, dez. 2014. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/csc/a/GRr3wgMsV4k5YHvfSvyRFtj/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10.ago.2024.

VELOSO, Caique *et al.* Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 66-87, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/G4bWPQL8ygd8cb3r5FCsKdQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2024.

VIDAL, Carlos Edurado Leal. *et al.* Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/Z5Hb3Phcg8T3DTchGfxLqSb/?lang=pt>. Acesso em: 12.set.2024.

VIEIRA, Bárbara *et al.* Risco de suicídio no trabalho: revisão integrativa sobre fatores psicossociais. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 136, jan./mar. 2023. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022313617>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zpDz77Yzg5TmCWFLQXzvxxv/?lang=pt>. Acesso em: 29.set.2024.

VIEIRA, Vinicius Batista *et al.* Estigma e saúde mental na atenção básica: lacunas na formação médica podem interferir no acesso à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, e310401, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/FqdxGNRchKtZvxzTZz4dz5z/>. Acesso em: 12 out. 2025.

VIJAYAKUMAR, Lakshmi. Suicide in women. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 57, Supl 2, p. 233-8, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26330640/>. Acesso em: 22.out.2025.

VIZZACCARO-AMARAL, André Luís *et al.*(Org.). **Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI**. São Paulo: LTr, 2011.

WAISELFISZ, Júlio Jacobo. **Mapa da violência 2016: homicídios por armas de fogo**. Brasília: FLACSO, 2016. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://flacso.org.br/files/2016/08/Mapa2016\_armas\_web-1.pdf. Acesso em: 25.set.2025.

WANG, Xiaochuan. *et al.* Suicide Risk Help-Seeking Among Middle- to Old-Age Adults: A Systematic Review. **Innovation in Aging**, v. 7, n. 1, igac079, 2023. DOI: 10.1093/geroni/igac079. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9940623/>. Acesso em: 13.set.2024.

WEBER, Izabel. *et al.* Suicídio e violência estrutural: revisão sistemática de uma correlação marcada pelo colonialismo. **Sociedade e Estado**, v. 35, n. 1, p. 189–228, 2020. DOI: 10.1590/S0102-69922020350100009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/WyRVfG5yNrxDZy57DLwb4Sh/>. Acesso em: 3 nov. 2025.

WEISS, Sandra. *et al.* Potential paths to suicidal ideation and suicide attempts among high-risk women. **Journal of Psychiatric Research**, v. 155, p. 493-500, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36183603/>. Acesso em: 07.ago.2024.

WERLANG, Blanca Susana Guevara *et al.* Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 39, n. 2, p. 259–66, 2005. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/284/28439210.pdf. Acesso em: 05.ago. 2024.

WIJNANDS, Anja P. G *et al.* Acute occupational exposures reported to the Dutch Poisons Information Center: a prospective study on the root causes of incidents at the workplace. **Journal of Occupational Medicine and Toxicology**, v. 17, n. 1, 19,

2022. Disponível em: <https://occup-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12995-022-00360-4>. Acesso em: 01.nov.2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Disease and injury regional estimates**: cause specific mortality: regional estimates for 2000-2011. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/data/data-collection-tools/who-mortality-database>. Acesso em: 21.set.2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Exposure to highly hazardous pesticides**: a major public health concern. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: [http://www.who.int/ipcs/features/hazardous\\_pesticides.pdf](http://www.who.int/ipcs/features/hazardous_pesticides.pdf). Acesso em:03.agosto.2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Suicide worldwide in 2019**: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em: 02.agosto.2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. 380 p. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf). Acesso em: 04.agosto.2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide and self-harm.**: WHO, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/3334>. Acesso em: 02.agosto.2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019.**, 16 jun. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em: 11 ago. 2024.

WU, Hong. *et al.* Suicide and suicidality in people exposed to pesticides: A systematic review and meta-analysis. **Environmental Pollution**, v. 338, 121888, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37011781/>. Acesso em: 15.out. 2025.

WUNSCH, Paulo Roberto.; MENDES, Jussara Maria Rosa. O Trabalho no Contexto da Reestruturação Produtiva: determinações históricas e a relação com a saúde. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 14, n. 2, p. 291-302, 2015. DOI: 10.15448/1677-9509.2015.2.22516. Acesso em: 3 nov. 2025.

XAVIER, Fernando. *et al.* Análise de redes sociais como estratégia de apoio à vigilância em saúde durante a Covid-19. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 261–281, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/mJdn8gkLSwfbqBgXNvnfnQFg/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 29.out. 2025.

YEARBY, Ruqaiijah *et al.* Incorporating Structural Racism, Employment Discrimination, and Economic Inequities in the Social Determinants of Health Framework to Understand Agricultural Worker Health Inequities. **American Journal of Public Health**, v. 113, supl. 1, p. S65-S71, jan. 2023. DOI: 10.2105/AJPH.2022.307166. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36696609/>. Acesso em: 01.nov.2025.

ZANCHI, Mariane Magalhães. *et al.* Could pesticide exposure be implicated in the high incidence rates of depression, anxiety and suicide in farmers? A systematic review. **Environmental Pollution**, v. 333, 121888, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37244531/>. Acesso em: 13.out.2025.

ZANELLO, Valeska. **Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de Subjetivação**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Participante,

Eu, Priscilla Magalhães de Oliveira Carvalho, sou enfermeira, aluna do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, estou realizando uma pesquisa intitulada “O suicídio e as tentativas de suicídio entre trabalhadores e trabalhadoras no estado do Ceará: quais as estratégias de enfrentamentos possíveis para a saúde do(a) trabalhador (a).” sob orientação da Profa. Dra Maxmiria Holanda Batista, cujo objetivo é construir estratégias de aprimoramento na vigilância em saúde do trabalhador com referências técnicas e gestores do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CEREST), a fim de fortalecer a vigilância e políticas públicas de saúde do trabalhador e de entender fatores que possam influenciar no desfecho de suicídio e de tentativas de suicídio nos trabalhadores.

Para realizar o meu estudo, preciso conversar as referências técnicas das coordenadorias de saúde do CEREST e com os gestores do CEREST estadual, municipal e dos regionais em um único momento com cada grupo, através de grupos focais online. Para isso, preciso de sua colaboração participando voluntariamente e permitindo que eu lhe pergunte sobre aspectos da saúde do trabalhador.

Ao participar dessa pesquisa, acreditamos que você estará nos ajudando a dar subsídio ao governo federal, estadual e local, para o desenho, o monitoramento, a avaliação e a formulação de políticas públicas para o aperfeiçoamento das medidas de enfrentamento dos problemas relacionados ao suicídio e tentativas de suicídio entre os trabalhadores.

Informo-lhe que os grupos focais online não lhe causarão prejuízos ou gastos, restringindo-se a um possível desconforto pelo tempo despendido para a participação do grupo focal online. Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a

qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da sua assistência, nesse caso a pesquisadora responsável lhe enviará resposta confirmando ciência de sua decisão. Quanto aos riscos para o anonimato e sigilo, garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. Solicito ainda, autorização para gravação de vídeo/áudio do participante e registro de imagem, entretanto, por estarmos usando uma plataforma online, "nuvem" eletrônica (ambiente virtual), para armazenamento da gravação de vídeo/áudio, há limitações para assegurar a total confidencialidade e, por isso, uma vez terminada a coleta de dados será realizado o "download" dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local do pesquisador responsável, apagando todo e qualquer registro da plataforma virtual ("nuvem").

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Se tiver alguma dúvida ou consideração a respeito da sua participação na pesquisa, entre em contato com a pesquisadora responsável, Priscilla Magalhães de Oliveira Carvalho.

Priscilla Magalhães de Oliveira Carvalho, e-mail: priscillamagalhaes.o@gmail.com  
Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608. Fone: (0xx85) 3366-8044 ou 85 998514630.

Comitê de ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP): CEP/MEAC  
Rua Cel. Nunes de Melo, s/n, Rodolfo Teófilo Fortaleza CEP: 60.430-270. email: cepm.ch-ufc@ebserh.gov.br. Fone: (0xx85) 3366- 8569 ou 3366-8523.

Gostaria imensamente de ter a sua valorosa cooperação no desenvolvimento deste

estudo, pelo que, de antemão, muito lhe agradeço.

### TERMO DE ASSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_anos, RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa Data Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador Data Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do profissional que aplicou o TCLE Data Assinatura

