

Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico

Suicide and work in Brazilian metropolises: an ecological study

Roger Flores Ceccon¹
Stela Nazareth Meneghel¹
Juliana Petri Tavares¹
Liana Lautert¹

Abstract *The scope of this study was to correlate suicide mortality with health indicators and work in six Brazilian metropolises: Porto Alegre, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro and São Paulo. It was an ecological study, the outcome of which is the death rate from suicide in the historical series from 2002 to 2010, and the independent variables are the indicators of occupational activity and mental suffering. Statistical association using the Pearson Correlation test was conducted and the variables associated with suicide ($p < 0.05$) were included in a multivariate linear regression model. The suicide mortality was higher in Porto Alegre, followed by São Paulo, and the trend of the phenomenon was in the ascendant ($p = 0.03$). It was observed that the economically active and gainfully employed population remained in the final regression model in the city of São Paulo. The association between suicide mortality and occupational variables suggests that work in the context of insecurity worsens the quality of life of the working population, causing physical and mental suffering and increasing the risk of self-harm.*

Key words Occupational health, Suicide, Occupational mortality, Mortality coefficient

Resumo *O objetivo deste estudo foi relacionar a mortalidade por suicídio com indicadores de saúde e trabalho em seis metrópoles brasileiras: Porto Alegre, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo. Estudo ecológico, cujo desfecho é o coeficiente de mortalidade por suicídio na série histórica de 2002 a 2010, e as variáveis independentes são os indicadores de atividade laboral e de sofrimento mental. Realizou-se associação estatística por meio do teste de Correlação de Pearson e as variáveis associadas ao suicídio ($p < 0,05$) foram incluídas em um modelo de regressão linear multivariada. A mortalidade por suicídio foi maior em Porto Alegre, seguida de São Paulo, e a tendência do fenômeno foi ascendente ($p = 0,03$). Observou-se que a população economicamente ativa e ocupada permaneceu no modelo final de regressão na cidade de São Paulo. A associação entre mortalidade por suicídio e variáveis laborais sugere que o trabalho no contexto de precarização piora a qualidade de vida da população trabalhadora, implica em sofrimento físico e mental e aumenta o risco de autoagressão.*

Palavras-chave Saúde do trabalhador, Suicídio, Mortalidade ocupacional, Coeficiente de mortalidade

¹ Escola de Enfermagem,
Universidade Federal do
Rio Grande do Sul. R. São
Manoel, Rio Branco.
90.620-110 Porto Alegre
RS Brasil.
roger.ceccon@hotmail.com

Introdução

Nas últimas décadas, as metrópoles brasileiras passaram a apresentar uma dinâmica de crescimento acelerado que impactou nas condições de vida da população. Uma das razões desse crescimento foi a entrada maciça de migrantes procedentes de regiões rurais, sem melhora nas condições de infraestrutura, habitação, equipamentos sociais, transporte e saúde pública, significando piora da qualidade de vida da população urbana¹.

A organização do trabalho também passou por transformações radicais, e a emergência da chamada *nova economia* resultou do processo de privatização de serviços tradicionalmente realizados pelo Estado. A globalização econômica ocorreu no bojo do neoliberalismo na década de 1990¹. O modelo neoliberal modificou os processos, as relações e a composição da força de trabalho, configurando um quadro de terceirização e subcontratação de mão-de-obra, ampliação da jornada, precarização das relações de trabalho, fechamento de indústrias e desemprego, gerando intenso sofrimento psíquico aos trabalhadores, além de doenças, acidentes²⁻⁷ e suicídios⁸.

O suicídio é um fato social⁹ de elevada frequência e um importante problema de saúde pública, principalmente na população masculina. No Brasil, as taxas de morte por suicídio são consideradas baixas, porém aumentaram de 4,5/100 mil no ano 2000 para 5,7/100 mil em 2007^{10,11}.

Estudos apontam relação entre suicídio e trabalho^{1,8,12}, e em momentos de crise observa-se aumento na mortalidade por autoagressão entre trabalhadores. Na França, as mudanças no processo produtivo, o excessivo número de horas de trabalho, a falta de solidariedade, o isolamento social e o assédio moral têm sido associados ao suicídio, sobretudo em grandes empresas, como a *Renault*, a *Peugeot* e a *France-Télécom*⁸. No Japão, o suicídio por excesso de trabalho encontra-se no primeiro posto entre os casos de autoagressão em trabalhadores. No Brasil, os dados ainda são pouco conhecidos, porém sabe-se que este evento tem acontecido nos últimos anos.

Estudos sobre o suicídio mostram que trabalhadores rurais estão entre os grupos mais afetados, e o Rio Grande do Sul é o estado brasileiro que historicamente apresenta as maiores prevalências, principalmente em regiões agrícolas¹³⁻¹⁶. Existem poucos relatos na literatura que relacionam o suicídio ao trabalho exercido em metrópoles^{8,11}, apesar da ocorrência de comportamentos suicidas em trabalhadores dos grandes centros urbanos¹⁷⁻²⁰.

O objetivo deste trabalho foi analisar a mortalidade por suicídio e sua relação com o trabalho em metrópoles brasileiras.

Métodos

Este é um estudo ecológico²¹ cujo desfecho é a mortalidade por suicídio na série histórica de 2002 a 2010 e as variáveis independentes são os indicadores de atividade laboral e de sofrimento mental em seis metrópoles brasileiras. Foram estudadas as cidades de Porto Alegre, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo, todas com mais de um milhão de habitantes e incluídas entre as dez principais regiões metropolitanas do país²². Essas regiões foram selecionadas por fazerem parte da Pesquisa Mensal de Emprego do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que disponibiliza dados mensais sobre indicadores de trabalho²³.

Os dados relativos ao suicídio foram obtidos a partir das estatísticas de mortalidade, publicadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, disponíveis no endereço eletrônico do Datasus do Ministério da Saúde. Os dados foram organizados de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo utilizado o código Y87.0 (lesões autoprovocadas voluntariamente) e calculados os coeficientes relativos para 100 mil habitantes. Para o cálculo do coeficiente de mortalidade por suicídio utilizou-se como numerador o total dessas mortes e como denominador a população no período, multiplicado por 100.000.

As variáveis referentes ao trabalho foram obtidas a partir da Pesquisa Mensal de Emprego, disponível no endereço do IBGE. Essa pesquisa é um inquérito domiciliar, realizado por meio de amostragem e com periodicidade mensal, cujas informações são obtidas de uma amostra probabilística de aproximadamente 40 mil domicílios, situados nas regiões metropolitanas. Foram calculadas as médias anuais das variáveis relativas ao trabalho no período estudado.

Para o propósito deste estudo foram utilizados os seguintes indicadores de atividade laboral:

a) Percentual de pessoas ocupadas e desocupadas: pessoas que exercem e não exercem, respectivamente, trabalho durante pelo menos uma hora completa na semana de referência.

b) Percentual de pessoas com renda menor que um salário mínimo: pessoas ocupadas que receberam menos de um salário mínimo em 30 dias de trabalho.

c) Percentual de trabalhadores ocupados no setor privado.

d) Percentual de pessoas ocupadas no setor da construção.

e) renda mensal per capita da população.

Além destes, foram selecionados dois indicadores de saúde que avaliam indiretamente o grau de estresse e de sofrimento mental de uma população: percentual de internações psiquiátricas e percentual de internações por transtornos comportamentais.

A análise estatística foi realizada com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Foram realizadas séries históricas do período 2002-2010 e construídas curvas de regressão linear dos coeficientes de mortalidade por suicídio. Os indicadores de atividade laboral e de sofrimento mental foram apresentados através de média e desvio padrão.

A associação estatística do coeficiente de mortalidade por suicídio com os indicadores selecionados foi realizada pelo teste de Correlação de *Pearson* e regressão linear multivariada, modelo *backward*. Entraram no modelo final de regressão os indicadores que apresentaram significância na análise bivariada ($p < 0,05$). As variáveis apresentaram distribuição normal e a adequação do modelo de regressão foi testada pela análise dos resíduos e estatísticas de ajuste.

Resultados

A frequência do suicídio entre as seis metrópoles estudadas foi maior em Porto Alegre, com média de 6,5/100.000 habitantes, seguida de São Paulo e Belo Horizonte, ambas com 4,3/100.000. O sexo masculino apresentou a maior prevalência, com

os maiores valores médios em Porto Alegre (11,6/100.000 homens), seguido de São Paulo, com 7,1/100.000 homens. Entre as mulheres, as maiores taxas de mortalidade ocorreram em Porto Alegre (2,6/100.000 mulheres), Belo Horizonte (1,9/100.000 mulheres) e São Paulo (1,8/100.000 mulheres). A razão de masculinidade foi maior em Salvador, havendo uma proporção de 6,8 homens que se suicidaram para cada mulher, seguindo Porto Alegre (4,5/homens para cada mulher) e São Paulo (3,8/homens para cada mulher).

A Tabela 1 apresenta os coeficientes de mortalidade por suicídio nas metrópoles estudadas entre os anos de 2002 a 2010. A Tabela 2 apresenta a descrição das variáveis laborais e a Tabela 3 os valores da Correlação de *Pearson* entre suicídio e indicadores selecionados neste estudo.

A mortalidade por suicídio apresentou variações entre as metrópoles estudadas (Figura 1), sendo que a cidade de Porto Alegre apresentou os maiores coeficientes, com aumento de 9,8% quando considerados o primeiro e o último ano da série histórica. A cidade de São Paulo apresentou aumento de suicídio em 52,9%, e observou-se declínio em Salvador, Recife e Rio de Janeiro. A curva de regressão dos coeficientes de mortalidade por suicídio mostrou tendência significativamente estatística ascendente para o suicídio apenas na cidade de São Paulo ($p = 0,03$).

Na análise bivariada, observaram-se associações estatisticamente significativas entre suicídio e todos os indicadores relacionados ao trabalho em São Paulo. A mortalidade por suicídio apresentou relação com ocupação, renda inferior a um salário mínimo, trabalho no setor privado e no setor da construção, estando inversamente associada à população desempregada. Em Recife, o suicídio esteve inversamente associado

Tabela 1. Coeficiente de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes nas metrópoles brasileiras estudadas, 2002-2010.

Ano/Metrópole	Porto Alegre	Recife	Salvador	Belo Horizonte	Rio de Janeiro	São Paulo
2002	6,4	3,2	0,7	4,6	3,4	3,2
2003	6,2	2,9	1,1	4,7	2,5	3,7
2004	5,8	3,3	0,5	4,0	2,3	3,6
2005	5,2	3,1	2,9	3,8	2,6	3,9
2006	8,1	3,2	2,0	4,1	2,4	4,3
2007	5,9	3,8	2,0	3,9	2,0	4,4
2008	6,9	3,2	0,4	3,5	2,1	4,5
2009	6,5	2,8	0,3	5,3	2,4	4,7
2010	7,1	2,3	0,4	4,4	2,6	6,8
Coeficiente médio	6,5	3,1	1,1	4,3	2,5	4,3

Tabela 2. Indicadores de atividades laborais nas metrópoles brasileiras estudadas, 2002-2010.

Variáveis/Metrópoles	Porto Alegre	Recife	Salvador
População Ocupada (%)	52,6 ± 1,1	43,7 ± 1,0	49,8 ± 1,1
População desocupada (%)	7,1 ± 1,7	11,8 ± 2,2	13,7 ± 2,2
Renda menor 1 salário (%)	19,4 ± 5,1	43,4 ± 6,1	44,7 ± 6,9
Trabalho no setor privado (%)	56,4 ± 1,2	49,0 ± 1,2	49,6 ± 0,7
Trabalho setor construção (%)	6,9 ± 0,1	6,1 ± 0,3	8,5 ± 0,1
Internações psiquiátricas	4,5 ± 0,8	12,3 ± 2,4	8,8 ± 5,7
Inter. transt. comportamentais	2,5 ± 0,5	2,5 ± 0,6	1,6 ± 0,6
Renda	1.430,0 ± 108,9	716,9 ± 118,5	821,8 ± 147,2
Variáveis/Metrópoles	Belo Horizonte	Rio de Janeiro	São Paulo
População Ocupada (%)	53,4 ± 2,2	50,1 ± 0,4	53,6 ± 1,4
População desocupada (%)	8,1 ± 2,0	7,4 ± 1,3	10,3 ± 2,3
Renda menor 1 salário (%)	36,7 ± 6,9	79,7 ± 18,1	86,5 ± 25,2
Trabalho no setor privado (%)	54,3 ± 0,9	51,0 ± 0,3	60,9 ± 0,5
Trabalho setor construção (%)	8,4 ± 0,3	7,6 ± 0,2	6,9 ± 0,3
Internações psiquiátricas	4,1 ± 0,6	5,5 ± 1,2	2,2 ± 0,1
Inter. transt. comportamentais	0,8 ± 0,1	1,7 ± 0,3	1,6 ± 0,2
Renda	1.368,3 ± 141,7	1.545,8 ± 156,8	1.714,3 ± 112,9

Tabela 3. Coeficiente de correlação entre suicídio e indicadores laborais nas metrópoles brasileiras estudadas, 2002-2010.

Variáveis/Metrópoles	Porto Alegre	Recife	Salvador	Belo Horizonte	Rio de Janeiro	São Paulo
População Ocupada	0,374	-0,558*	-0,188	0,077	-0,586*	0,844***
População desocupada	-0,250	0,400	0,589	0,017	0,479*	-0,807***
Renda menor de 1 salário mínimo	0,429	-0,296	0,118	-0,142	-0,686**	0,694**
Trabalho no setor privado	0,353	-0,534*	-0,297	-0,051	-0,500*	0,855***
Trabalho no setor da construção	0,373	-0,845***	-0,324	0,041	0,221	0,810***
Internações psiquiátricas	-0,415	0,273	0,160	-0,154	0,504	-0,355
Int. transtornos comportamentais	0,212	0,363	0,124	-0,323	0,347	0,548
Renda	0,420	0,558	0,087	-0,001	0,016	0,502

*p < 0,20; **p < 0,05; ***p < 0,01.

à população ocupada, trabalho no setor privado e na construção, e no Rio de Janeiro esteve relacionado ao percentual de população desempregada e inversamente associado à população ocupada, à renda inferior a um salário mínimo e emprego no setor privado.

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise multivariada de acordo com as variáveis que entraram no modelo final, indicando que, após o ajuste, permaneceu significativa apenas a relação entre população ocupada e suicídio na cidade de São Paulo ($p < 0,002$). O modelo apresentou capacidade de predição do desfecho de 84% ($r^2 = 0,842$).

Discussão

Este trabalho estudou a relação entre a mortalidade por suicídio e indicadores relacionados a atividade laboral e sofrimento psíquico em seis metrópoles brasileiras, sendo possível evidenciar pelo menos dois padrões: São Paulo, maior metrópole brasileira, onde se observa associação do suicídio com a atividade laboral; e Porto Alegre, Recife, Belo Horizonte, Salvador e Rio de Janeiro, metrópoles onde não se observou associação entre as variáveis do estudo. Em relação à tendência do fenômeno, em três metrópoles a curva é descendente (Recife, Salvador e Rio de Janeiro),

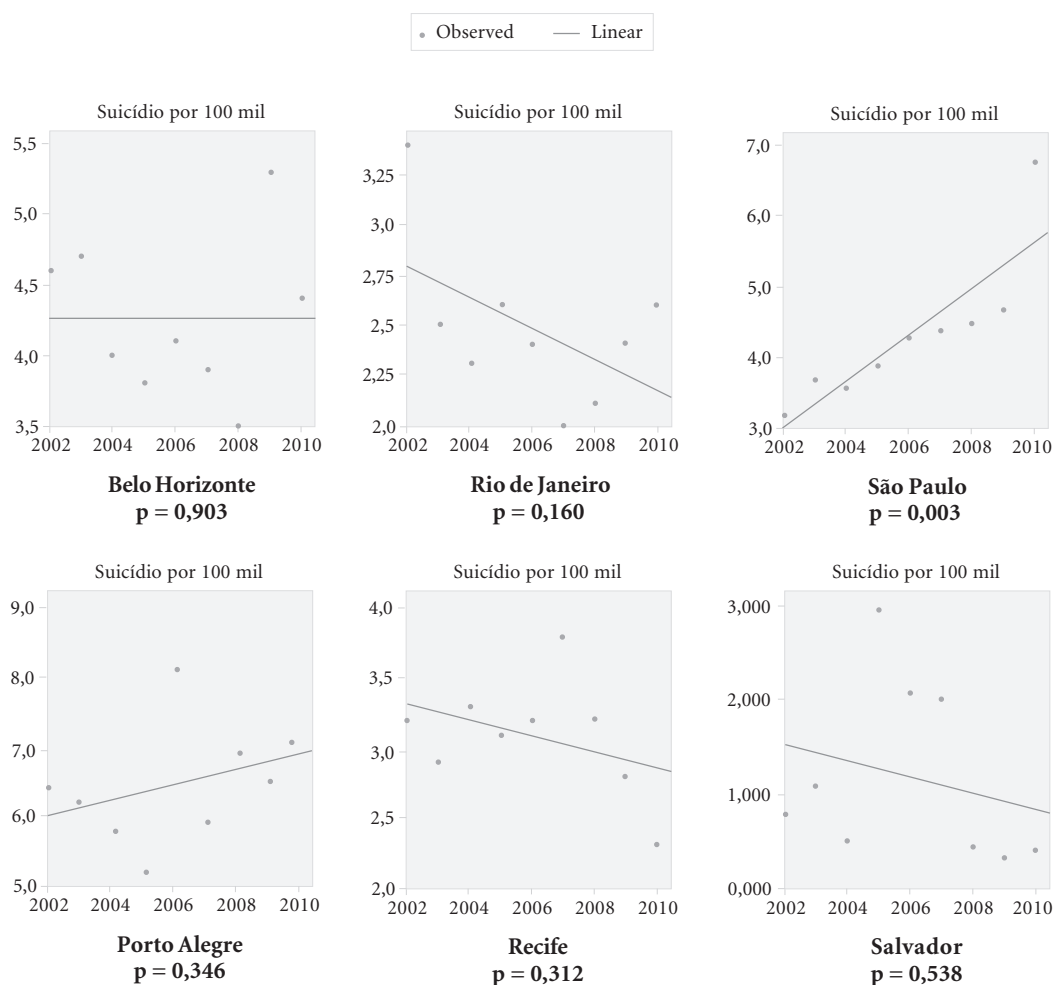


Figura 1. Curvas de regressão linear do coeficiente de mortalidade por suicídio, metrópoles brasileiras estudadas, 2002-2010.

em Belo Horizonte é estável, e em Porto Alegre e São Paulo a curva é ascendente, denotando agravamento do problema *suicídio*.

Este estudo ecológico apresenta limitações decorrentes do uso de dados procedentes de Sistemas de Informação. Isso implica em problemas de qualidade dos dados, embora o cenário da pesquisa seja os grandes centros urbanos, onde a qualidade da informação é mais acurada. Os estudos ecológicos permitem utilizar dados secundários, possibilitando análises de grande amplitude territorial. Por outro lado, estão sujeitos a falácias ecológicas, que nesse caso seria a inferência de uma relação causal entre suicídio e trabalho, podendo, na realidade, a autoagressão ocorrer entre pessoas que estão fora do mundo do trabalho.

O suicídio é um fenômeno complexo e multi-causal e não pode ser entendido exclusivamente como resultante das condições relacionadas ao trabalho. Desse modo, os achados desta pesquisa permitem formular hipóteses, embora esse tema mereça ser aprofundado em outras investigações. Pela sua complexidade, o suicídio tem sido objeto de inúmeras atribuições causais ao longo do tempo, havendo um sem número de teorias que tentam explicar o evento. No modelo sociológico aparece como um fenômeno coletivo com causas sociais, no modelo psicológico como o resultado de conflitos interpessoais e no modelo biomédico é percebido como doença mental ou causado por anormalidades genéticas do sistema serotoninérgico^{24,25}.

Os dados deste estudo indicaram relação entre o fato de estar trabalhando e suicídio na cida-

Tabela 4. Modelo de regressão linear multivariada, variáveis de entrada e modelo final, metrópoles brasileiras, 2002-2010.

	Beta padronizado	β (IC 95%)	p
São Paulo			
Modelo de entrada			
População ocupada	2,034	0,034 (-0,289; 0,356)	0,762
População desocupada	-0,007	0,000 (-0,249; 0,248)	0,996
Renda menor de 1 salário mínimo	-0,759	-0,031 (-0,289; 0,226)	0,724
Trabalho no setor privado	-0,236	-0,005 (-0,383; 0,373)	0,967
Trabalho no setor da construção	-0,286	-0,008 (-0,154; 0,158)	0,447
Modelo final			
População ocupada	0,843	0,014 (0,006;0,022)	0,004
Recife			
Modelo de entrada			
População ocupada	-1,338	-0,667 (-0,269;0,085)	0,308
Trabalho no setor privado	1,914	0,133 (-0,085;0,350)	0,177
Trabalho no setor da construção	-1,265	-0,710 (-1,472;0,053)	0,062
Modelo final			
Nenhuma variável permaneceu no modelo final			
Rio de Janeiro			
Modelo de entrada			
População ocupada	-2,479	-0,048 (-0,201;0,106)	0,437
População desocupada	-1,282	-0,074 (-0,242;0,094)	0,288
Renda menor de 1 salário mínimo	-0,926	-0,021 (-0,095;0,054)	0,487
Trabalho no setor privado	1,586	0,046 (-0,087;0,179)	0,393
Modelo final			
Nenhuma variável permaneceu no modelo final			

de de São Paulo, diferente das outras metrópoles estudadas. Porto Alegre é a cidade que apresenta a maior frequência de suicídio, mas não foi possível evidenciar associação com as variáveis relacionadas ao trabalho nos anos estudados.

Duas questões emergem dos resultados e merecem ser analisadas: Quais as condições de trabalho e sua associação com sofrimento mental e comportamento suicida na cidade de São Paulo? E quais características do trabalho diferenciam São Paulo das outras metrópoles?

Para iniciar essa problematização, tomamos de empréstimo a proposição analítica de Robert Castel²⁶, da passagem do *salariat* ao *précarial*, que explica a institucionalização da precariedade no mundo do trabalho contemporâneo. Em países pobres ou em desenvolvimento, nos quais a salarização não chegou a se processar totalmente, ocorre mais uma segmentação entre trabalhadores estáveis e precários do que propriamente a instauração de um novo regime “precarial”, o que permite o desenvolvimento capitalista sob novos padrões. Esse cenário é propício para a

eclosão do comportamento de autoagressão, como tem se observado em “epidemias de suicídio” que ocorrem no chão de fábrica, em que a morte ocorre como uma denúncia, ou o último recurso dos subalternos para tentar afetar os que têm poder¹⁹.

Nas grandes corporações o poder de barganha do trabalhador tem-se reduzido cada vez mais e o medo do desemprego favorece que as organizações estabeleçam normas e controle cada vez mais rígidos. Os valores da empresa são veiculados como objetivos de vida, induzindo o trabalhador a crer que as instituições são atraentes e humanas²⁷⁻²⁹. Para atingir o “êxito” que lhe é acenado, o trabalhador precisa se submeter a modelos coercitivos, nas quais ele é absolutamente descartável, mesmo que alcance as metas definidas pela empresa³⁰⁻³². Essa nova forma de apropriação, não apenas do trabalho, mas também da subjetividade do trabalhador, produz intenso sofrimento psíquico, principalmente quando ele “falha” e passa a ser acusado pelo “erro”. Esse fato leva a uma situação de viver como *reféns*, e o

comportamento autoagressivo pode ser tanto uma saída quanto uma denúncia.

O sofrimento resultante das condições de trabalho pode atingir tamanha proporção que o trabalhador perde a vontade de viver, ocorrendo o suicídio como desfecho final. Hiyama e Yoshihara³³ e Nakayama e Amagasa³⁴ asseveram que o estilo de trabalho japonês produz diversos problemas de saúde, como a *karoshi*, morte por excesso de trabalho, e o *karojisatsu*, suicídio decorrente do excesso de trabalho. Nishiyama e Johnson³⁵ discutem os efeitos deletérios do sistema japonês de produção, conhecido no ocidente como *Lean Production* ou, de forma mais ampla, *toyotismo*, conjunto de métodos que inspirou a maior parte dos programas de reengenharia laboral. Os autores esclarecem que, desde os anos 1970, no Japão, há evidências relacionando tal sistema às mortes súbitas por doenças cardíacas, cerebrais e suicídios.

Na cidade de São Paulo foi possível observar associação inversa do suicídio com desemprego, embora essa relação não seja significativa. Isso indica que a sobrecarga e o sofrimento emocional relacionado ao trabalho atingem tal magnitude que o risco do trabalhador ao suicídio é maior que o dos desempregados³⁶.

A análise bivariada deste estudo evidenciou associação entre suicídio e trabalho em todos os setores de atividade laboral na cidade de São Paulo, embora na análise final tenha se mantido apenas a associação entre pessoas ocupadas e mortes por autoagressão. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas realizadas na Suécia, Estados Unidos e Brasil, com altas taxas de suicídio associado ao trabalho precarizado e estressante. O modelo de trabalho do mundo capitalista atual não institui ao trabalhador a autonomia para desenvolver as tarefas. As atividades são hierarquizadas, fragmentadas, individualizadas e atreladas à consecução de metas. O capital controla o ritmo de trabalho em todo o mundo, embora seja nas metrópoles que se pode observar seus efeitos mais devastadores³⁷⁻⁴⁰.

O trabalho excessivo, com pouca significação, aliado à fragilização das relações sociais e de solidariedade entre os trabalhadores, chefias autoritárias e pouco propensas ao diálogo, – ou o oposto, a exclusão do trabalhador por questões relacionadas com o poder ou como medidas punitivas –, são alguns dos fatores que podem estar relacionados ao suicídio. Os afastamentos para tratamento médico, principalmente em decorrência de sofrimento psíquico, são vistos como inaptidão ao trabalho, aumentando o iso-

lamento social, o sentimento de inutilidade e o desgaste psicológico do trabalhador⁴¹, ao mesmo tempo em que causa sobrecarga aos colegas que seguem trabalhando.

O trabalho tem sido responsável pelo sofrimento mental do trabalhador, em uma *espiral* de somatização, psiquiatrização, medicalização, licença médica, internação hospitalar e, por fim, aposentadoria por invalidez⁴¹. Vários estudos⁴²⁻⁴⁵ analisaram a relação entre trabalho e adoecimento, relatando, por exemplo, o aumento de transtornos mentais durante as reengenharias nos métodos produtivos e as crises do capital.

Não existe consenso na literatura sobre a relação entre morte por autoagressão e nível socioeconômico^{46,47}. Entretanto, este estudo evidenciou associação do suicídio com trabalhadores que recebem menos que um salário mínimo em São Paulo. Quando não se consegue atingir o mínimo financeiro para sobreviver, em sociedades que preconizam a ética do lucro como o fim em si mesmo, nos moldes de Friedman⁴⁸, os trabalhadores passam a empregar todos os meios disponíveis para manter os postos, submetendo-se ao capital, mesmo que o custo seja a própria vida. Nesse cenário, as organizações sindicais perderam espaço e as redes de apoio e solidariedade se fragmentaram, aumentando a competitividade e isolando cada trabalhador em si mesmo.

Embora as grandes metrópoles ofereçam mais postos de trabalho, nelas o cotidiano é mais difícil e o custo de vida elevado. As condições precárias de trabalho, os baixos salários, a dificuldade no transporte, os longos trajetos e a falta de equipamentos urbanos traz efeitos desastrosos para a saúde física e mental dos trabalhadores⁸. Para manterem-se nos postos de trabalho e melhorar os salários, eles se expõem a condições inadequadas e/ou de risco, e se submetem a um número excessivo de horas-extras⁴⁹.

Neste estudo também se evidenciou relação entre desemprego e suicídio na cidade do Rio de Janeiro, mesmo que tenha perdido significância estatística no modelo final de regressão. Paradoxalmente, o trabalho pode levar ao suicídio, mas a falta dele também. A incapacidade de exercer o papel esperado na cultura, e a situação de anomia que isso acarreta, pode levar ao suicídio⁵⁰. Assim, o desemprego, principalmente no sexo masculino, pode significar a falência do papel de provedor, exigido em culturas machistas, nas quais se espera que o homem desempenhe o papel de suporte econômico da família^{51,52}. Na sociedade capitalista, perder o emprego é o mesmo que receber a *marca* da incompetência e, natural-

mente, ser relegado à marginalidade social. Além do mais, a culpa pela demissão, corriqueiramente, é transferida ao próprio empregado³⁷.

Enfim, a precarização do trabalho está presente na maioria das metrópoles estudadas, e não apenas nelas, mas também em outras cidades

brasileiras. A situação se agudiza em São Paulo, onde as dificuldades decorrentes da grande concentração populacional e de deficiências de infraestrutura urbana significam um acréscimo no sofrimento físico e mental de trabalhadores.

Colaboradores

RF Cecon, SN Meneghel, JP Tavares e L Lautert participaram da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Venco S, Barreto M. O sentido social do suicídio no trabalho. *Rev. Espaço Acadêmico* 2010; 9(108):1-8.
2. Navarro VL, Padilha V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. *Psicologia e Sociedade* 2007; 19(N. Esp.):14-20.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão 2004*. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.
4. Moyano DE, Barría M. Suicidio y producto interno bruto (PIB) en Chile: hacia un modelo predictivo. *Rev. latinoam. psicol.* 2006; 38(2):343-359.
5. Mendes AM, organizador. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método, pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
6. Merlo ARC, Lapis NL. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicologia e Sociedade* 2007; 19(1):61-68.
7. Castelhana LM. O medo do desemprego e a(s) nova(s) organizações de trabalho. *Psicologia e Sociedade* 2005; 17(1):17-28.
8. Dejours C, Bègue F. *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Brasília: Paralelo 15; 2010.
9. Durkheim E. *O Suicídio – Um Estudo Sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1982.
10. World Health Organization (WHO). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Brasília: OMS, OPAS; 2002.
11. World Health Organization (WHO). *Suicide; huge but preventable public health problem*. Geneva: WHO; 2004.
12. Clot Y. *Le travail à coeur – pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: La Découverte; 2010.
13. Schmitt R, Lang MG, Quevedo J, Colombo T. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev Psiquiatr RS* 2008; 30(2):115-123.

14. Faria NMX, Victora CG, Meneghel SN, Carvalho LA, Falk JW. Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors. *Cad Saude Publica* 2006; 22(12):1-15.
15. Meneghel SN, Victora CG, Faria NM, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica* 2004; 38(6):804-810.
16. Conte M, Meneghel SN, Trindade AG, Ceccon RFI, Hesler LZ, Cruz CW, Soares R, Pereira S, Jesus I. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2017-2026.
17. Bucasio E, Vieira I, Berger W, Martins D, Souza C, Maia D, Figueira I, Jardim S. Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: relato de um caso. *Rev Psiquiatr RS* 2005; 27(1):86-89.
18. Silva FT. *Operários sem patrões: Os trabalhadores da cidade de Santos no entreguerras*. Campinas: Unicamp; 2003.
19. Hirata H. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. *Cadernos CRH* 2011; (nº especial):15-22.
20. Hjelmeland H, Knizek BL. Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 2010; 40(1):74-80.
21. Morgenstern H. Ecologic studies. In: Rothman KJ, Greenland S. *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins; 1998.
22. Leone ET, Baltar P. Diferenças de rendimento do trabalho de homens e mulheres com educação superior nas metrópoles. *R. bras. Est. Pop* 2006; 23(2): 355-367.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Mensal de Empregos*. [acessado 2012 jul 1]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/default.shtm
24. Brzozowski FS, Soares GB, Benedet J, Boing AF, Peres MA. Suicídio tendências temporais no Brasil de 1980 a 2005. *Cad Saude Publica* 2010; 26(7):1293-1302.
25. Silva RR. *Análise de polimorfismos nos genes dos receptores de serotonina 5-HT1A e 5-HT2A em pacientes deprimidos que tentaram suicídio* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
26. Castel R. *L'insécurité sociale: qu'est-ce qu'être protégé?* Paris: Fayard; 2003.
27. Siqueira MVS. *Gestão de pessoas e discurso organizacional*. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2006.
28. Enriquez E. O indivíduo preso na armadilha da estrutura estratégica. In: Motta FCP, Freitas ME, organizadores. *Vida psíquica e organização*. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2000. p. 23-40.
29. Freitas ME. Contexto social e imaginário organizacional moderno. *Revista de Administração de Empresas* 2000; 40(2):6-15.
30. Gaulejac V. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Aparecida: Idéias & Letras; 2007.
31. Enriquez E. Perda do trabalho, perda da identidade. In: M. R. Nabuco & A. Neto Carvalho, organizadores. *Relações de trabalho contemporâneas*. Belo Horizonte: IRT/PUC/MG; 1999.
32. Pagès M, Boneti M, Gaulejac V, Descendre D. *O poder das organizações*. São Paulo: Atlas; 1993.

33. Hiyama T, Yoshihara M. New occupational threats to Japanese physicians: karoshi (death due to overwork) and karojisatsu (suicide due to overwork). *Occup Environ Med* 2008; 65(6):428-429.
34. Nakayama T, Amagasa T. Special reference to employee knowledge about depression and suicide: baseline results of a workplace-based mental health support program. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58(3):280-284.
35. Nishiyama H, Johnson JV. Karoshi-death from overwork: occupational health consequences of Japanese Production Management. *Int J Health Serv* 1997; 27(4):625-641.
36. Dejours C. *A banalização da injustiça social*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2003.
37. Santos P. Sofrimento no trabalho e imaginário organizacional: ideação suicida de trabalhadora bancária. *Psicologia e Sociedade* 2011; 23(2):359-368.
38. Jacques MG. O nexo causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicologia e Sociedade* 2007; 19(N. Esp.):112-119.
39. Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde mental e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(12):2949-2958.
40. Pinheiro FA, Tróccoli BT, Paz MGT. Aspectos psicossociais dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. In: Mendes AM, Borges LO, Ferreira MC, organizadores. *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília: UnB; 2002. p. 65-85.
41. Antunes JLF, Macedo MM, Araujo ME. Análise comparativa da proporção de óbitos segundo causas, de dentistas na cidade de São Paulo. *Cad Saude Publica* 2004; 20(1):241-248.
42. Feskanich JL, Hastrup JR, Marshall GA, Colditz MJ, Stampfer WC, Willett I. Stress and suicide in the Nurses' Health Study. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(2):95-98.
43. Arnetz BB, Horte LG, Hedberg A, Malcker H. Suicide among Swedish dentists. A ten-year follow-up study. *Scand J Soc Med* 1987; 15(4):243-246.
44. Anderson K. Staying healthy in the dental office. *CDS Rev* 1997; 90(6):16-23.
45. Dejours C. Novas formas de servidão e de suicídio. In: Mendes AM, organizador. *Trabalho e Saúde: o sujeito entre emancipação e servidão*. Curitiba: Juruá; 2008. p. 26-39.
46. Chen JT, Rehkopf DH, Waterman PD, Subramanian SV, Coull BA, Cohen B, Ostrem M, Krieger N. Mapping and Measuring Social Disparities in Premature Mortality: The Impact of Census Tract Poverty within and across Boston Neighborhoods, 1999-2001. *J Urban Health* 2006; 83(6):1063-1084.
47. Silva JF. Estudo das relações entre a prevalência de doenças mentais e a organização do trabalho bancário no Município do Rio de Janeiro. In: *Textos para discussão 7 - Fórum de Ciência e Cultura*. Rio de Janeiro: UFRJ; 1993.
48. Friedman M. *Capitalismo e liberdade*. São Paulo: Nova Cultural; 1988.
49. Menezes TA, Azzoni CR. Convergência de salários entre Regiões Metropolitanas brasileiras: custo de vida e aspectos de demanda e oferta de trabalho. *Pesquisa e planejamento econômico* 2006; 36(3):449-470.
50. Cavalcante FG, Minayo MCS. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):1943-1954.
51. Meneghel SN, Gutierrez DMD, Silva RM, Grubits S, Hesler LZ, Ceccon RF. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):1983-1992.
52. Fäber S. Envelhecimento e elaboração de perdas. *A terceira idade* 2012; 23(53):7-17.

Artigo apresentado em 18/06/2013

Aprovado em 31/10/2013

Versão final apresentada em 10/11/2013