

IDEAÇÃO SUICIDA E RISCO DE SUICÍDIO EM TRABALHADORES

Inês Areal Rothes, Marta Santos

Caso clínico

João Tomás [nome fictício], de 47 anos, engenheiro, responsável pela área de tecnologias de informação até há 3 anos, altura em que a empresa iniciou um processo de aquisição por outra sociedade no mesmo setor, levando à reestruturação da empresa, com consequências que têm sido relatadas por vários trabalhadores como deterioração das condições de trabalho, aumento do stress nas equipas, maior pressão e sujeição a prazos apertados nas tarefas. Queixas relativamente ao estilo da nova liderança também foram referidas. João foi encaminhado para uma consulta de medicina do trabalho após ter enviado um e-mail aos recursos humanos em que se queixava da carga excessiva de trabalho, solicitando mudança de equipa e fazendo alusão a uma situação de assédio usando a expressão "não vou aguentar mais". Previamente à consulta de medicina do trabalho, a equipa de saúde ocupacional aferiu os seguintes elementos:

- Nos últimos meses, os colegas de trabalho têm notado mudanças radicais no comportamento do João. Antes, era extrovertido, mas agora isola-se, anda mais calado, irrita-se com mais facilidade, não participa nas conversas e tem recusado todos os convites sociais. Tem também descuidado a sua aparência: uma mudança notória em relação ao que era o seu padrão comum → **Isolamento social e alteração de comportamentos;**

- As chefias, por outro lado, referiram que João falhara no cumprimento de prazos importantes e que tem apresentado falhas manifestamente diferentes do seu padrão habitual, conforme relatos anteriores do seu desempenho (a título de exemplo, faltou a reuniões de equipa para apresentação de projetos) → **Perda de interesse no trabalho e dificuldade de concentração;**

- Adicionalmente, João tem chegado atrasado e cansado ao trabalho numa frequência largamente superior ao seu habitual, relatando insónias habitualmente a meio/final da noite → **Dificuldades no sono e mudança de padrão de sono;**

- João tem ainda apresentado hábito a álcool quando do trabalho, o que, apesar de ocorrer tipicamente após o almoço, destoa da sua conduta habitual → **Aumento do consumo de álcool;**

- A um colega de trabalho próximo, João explicita sentir uma enorme sobrecarga e que não consegue perspetivar melhorias. Refere ainda que se sentiu completamente desconsiderado na mais recente reestruturação da empresa → **Desesperança e sentimento de humilhação.**

Durante a consulta subsequente de medicina do trabalho, João manteve-se reservado, preferindo abordar as questões e os problemas laborais de forma circular e "ruminativa" e repetindo que não aguentaria muito mais "continuar a viver assim", acabando por juntar aos problemas no trabalho o processo de separação recente da namorada, o divórcio há cerca de 4 anos e a morte recente de um amigo. A médica do trabalho apura ainda um consumo crescentemente abusivo de álcool, geralmente sozinho, um episódio depressivo por volta dos 18 anos após a entrada na faculdade e história familiar de morte por suicídio (o pai e o tio-avô), a que acresce o facto de que João é portador de uma arma de fogo para caça. Quando questionado se se tem sentido em baixo, João fica cabisbaixo e, após uma longa pausa, responde: "Já nada me alegria, dá gosto ou prazer..."

(continua)

(continuação)

Menos ainda o trabalho... Para quê viver assim? A médica do trabalho, reconhecendo o potencial de uma situação continuar a escalar, propôs a João um seguimento em psicologia, que este acabou por aceitar. Foi solicitada à equipa de saúde ocupacional a análise das condições de trabalho que possam estar a contribuir para a deterioração da saúde, com identificação de fatores de trabalho modificáveis. Contudo, apesar destas iniciativas e de ter acedido a algumas medidas do plano de segurança (como a remoção da arma de fogo de casa), João continuou marcadamente pessimista, desesperado e acometido por ideação suicida passiva, com cada vez menos prurimento à vida. Assim, a psicóloga que iniciou o acompanhamento de João, reconhecendo que este se encontrava pouco permeável a uma intervenção psicoterapêutica, com assentimento da médica do trabalho, propôs uma consulta em psiquiatria, à qual João resistiu, mas que acabou por aceitar quando lhe foi garantido que não o iriam internar de forma involuntária, a não ser em último caso. A João foi aconselhado um período de repouso sob "baixa" até que recuperasse o suficiente para retomar o emprego e se desse tempo para os medicamentos surtirem efeito, ainda que com vigilância redobrada nas primeiras semanas por pessoas mais próximas.

Após 9 semanas de tratamento com venlafaxina (titulação de 37,5 mg até a um máximo de 225 mg/dia) e, adicionada mais tarde, mirtazapina (7,5-15 mg/noite), João apresentou-se na consulta de medicina do trabalho apto para retomar algumas das suas antigas funções, de forma gradual e faseada. Por volta dessa altura, João já não apresentava ideação suicida, e o risco de suicídio decrescia até um nível praticamente nulo. Neste contexto, João mostrou-se mais permeável às mudanças propostas ao nível laboral, ao estilo de vida e comportamentais, relatando começar "a ver a luz ao fundo do túnel".

■ INTRODUÇÃO AOS CONCEITOS -BASE

O suicídio é um problema de saúde pública, trágico e angustiante, para o qual não existem explicações simples, sendo multideterminado por fatores biológicos, psicossociais e culturais. A morte por suicídio é decorrente de uma ação ou comportamento intencional levado a cabo para colocar termo à própria vida. O suicídio surge, geralmente, associado a doença mental, maioritariamente à depressão ou a outra perturbação do humor, e a um sofrimento psicológico sentido como intolerável. Os médicos do trabalho podem ter um papel importante, providenciando orientações práticas sobre como as empresas e outras organizações podem sensibilizar os seus trabalhadores e ter um papel ativo na promoção de uma cultura menos estigmatizante e em que se possa falar sobre prevenção de suicídio e intervenção na doença mental. Os profissionais de saúde ocupacional podem contribuir para criar um espaço seguro para conversar e ouvir o trabalhador potencialmente

suicídio deve ser perspectivada como parte integrante de um processo terapêutico abrangente, que crie uma oportunidade de discussão entre a pessoa em risco, o profissional de saúde, eventualmente a sua família e outros suportes. A avaliação do risco de suicídio é um processo complexo e multifacetado, cujos objetivos passam por conhecer a pessoa em risco, reconhecer as suas necessidades e os fatores de *stress* e trabalhar no sentido de mobilizar os seus pontos fortes e os potenciais suportes, ou seja, convocar os fatores de proteção. Existem instrumentos de avaliação de risco que podem ser usados como ferramentas de apoio ao processo de avaliação (mas não como instrumento central). Como nenhuma ferramenta pode prever com precisão o suicídio, o consenso é que as ferramentas de avaliação de risco são úteis para fornecer informações adicionais à tomada de decisão clínica sobre o risco. Também estão disponíveis manuais e guias que apoiam o processo de avaliação do risco e o encaminhamento, nomeadamente em língua portuguesa^[1-3] (consultar o Subcapítulo 5.6). A avaliação do risco do suicídio, quando realizada adequadamente, pode constituir, por si só, uma forma de intervenção/prevenção que pode fazer a diferença e que, simultaneamente, deve garantir uma tomada de decisão sobre encaminhamento ou tratamento.

Existem alguns **termos** relacionados com os **comportamentos suicidários** fundamentais e prévios à compreensão e à avaliação do risco de suicídio. A suicidologia tem sido marcada e condicionada pela não consensualidade das definições, das nomenclaturas e dos conceitos. Os termos que aqui se apresentam têm em vista uma abordagem pragmática no âmbito da medicina do trabalho:

- **Ideação suicida:** pensamentos, imagens ou fantasias de fazer mal a si próprio, de se matar ou morrer por suicídio;
- **Intenção suicida:** decisão consciente de acabar com a própria vida. A intencionalidade é a determinação para agir de modo a atingir determinados objetivos, neste caso o suicídio, mas que pode ter várias interpretações patentes nos seguintes discursos: "Querida dormir

muito, muito e ao acordar tudo fosse diferente", "Era só uma parte de mim que eu queria matar — a parte que se queria suicidar", "O que eu queria era desaparecer" e "Eu queria era viver de outra forma". Ou seja, em suma, a intenção pode ser causar a morte, parar de viver, viver de outra forma, provocar mudança, acabar com sofrimento insuportável ou comunicar mal-estar;

- **Ambivalência suicida:** a coexistência da vontade de viver e do desejo de morrer em pessoas com risco de suicídio. Shneidman (1987)^[4] refere-se à ambivalência como a característica cognitiva comum presente nos que morrem por suicídio. Esta luta interna será a grande janela de oportunidade para a intervenção e a ajuda, permitindo, muitas vezes, nas designadas crises suicidárias, sugerir com sucesso à pessoa que adie a sua decisão, criando oportunidade para a intervenção terapêutica;
- **Método suicida:** meio ou processo utilizado na produção do comportamento suicidário, por exemplo, enforcamento, arma de fogo, sobredosagem medicamentosa, precipitação no vazio;
- **Letalidade:** o potencial de perigo de morte associado ao método utilizado. Nesta perspetiva, a utilização de armas de fogo, a precipitação no vazio e o enforcamento são considerados métodos de elevada letalidade, enquanto, por exemplo, alguns tipos de sobredosagem medicamentosa podem ser considerados de baixa letalidade. A este conceito acrescem as noções de letalidade objetiva e subjetiva, em que a última corresponde ao que a pessoa julga ser o potencial de morte do método: "Achei mesmo que seria suficiente para morrer, nem isto consegui fazer bem";
- **Plano suicida:** série de eventos e ações definidos para colocar em prática a ação de acabar com a própria vida, como o método, o local, o dia, a hora;
- **Tentativa de suicídio:** pode ser definida como um "comportamento autoinfligido e potencialmente prejudicial com um resultado não fatal para o qual há evidências (explícitas ou implícitas) de intenção de morrer"^[5];

- **Suicidalidade:** termo que engloba pensamentos e ações associados a uma intenção (implícita ou explícita) de colocar termo à vida.

Os profissionais de saúde devem reconhecer os **sinais de alarme** e identificar a necessidade de avaliar o risco de suicídio. Os médicos do trabalho e demais profissionais de saúde ocupacional deverão, igualmente, sensibilizar empregadores e trabalhadores e ter em conta os seguintes sinais de alarme^[6]:

- Expressão de sentimentos reveladores de desesperança, humilhação, solidão, isolamento, culpa, perda de autoestima, autocrítica ou “matutar” em problemas (ruminação);
- Isolamento dos colegas;
- Dificuldades de concentração e em concluir tarefas ou diminuição no desempenho;
- Inquietação, irritabilidade, impulsividade ou agressividade aumentadas;
- Alterações súbitas de comportamento;
- Resoluções de vida, como tratar de assuntos como testamentos;
- Abuso de álcool ou outras substâncias;
- Sintomatologia depressiva (incluindo alterações de sono e de apetite e perda de interesse);
- Existência de comportamentos suicidários anteriores;
- Vitimação sofrida por *bullying/mobbing* ou assédio;
- Ameaça ou iminência de perda do emprego ou mudanças sentidas como perdas, injustiças ou despromoções;

- Acontecimentos de vida sentidos como vexatórios ou humilhantes;
- Manifestação de pensamentos ou sentimentos sobre querer por fim à própria vida ou expressar sentimentos de desespero ou falta de razões para viver, nomeadamente através do designado “discurso suicida”: “Preferia desaparecer”, “Eu não valho nada”, “Não aguento mais”, “Sou um peso para os outros”, “Vão ser mais felizes sem mim”, “Quem me dera ter uma doença grave”.

A melhor forma de se saber se alguém tem ideação suicida ou está em risco de suicídio **é perguntar diretamente**. As questões acerca

de pensamentos suicidários devem ser colocadas com sensibilidade, mas de forma que o profissional tenha a certeza de que o interlocutor entendeu exatamente o que se está a perguntar. Deve partir-se do geral para o específico e abordar com empatia (por exemplo, “Percebo que está numa fase muito difícil”), com cuidado e sensibilidade (por exemplo, “Gostava de perceber melhor como é que isto tem sido para si”) e perguntar explicitamente (por exemplo, “Quando descreve sentir-se assim, tem pensamentos sobre acabar com a vida?” e “Já alguma vez pensou ou tentou matar-se?”). Para saber acerca de eventuais pensamentos suicidas, é essencial estar, ouvir e perguntar de forma explícita. Se a resposta sobre a presença de pensamentos suicidas for positiva, há que explorar se aos pensamentos sobre morrer ou estar morto se associa um desejo suicidário ativo, perceber se existe um método imaginado ou escolhido e, a seguir, explorar a existência de uma decisão e um plano concreto. São as respostas a estas questões que vão permitir diferenciar entre risco alto, médio ou baixo, assim como tomar as decisões de encaminhamento adequadas, que se abordam na secção “Gestão do risco de suicídio no local de trabalho”.

■ EPIDEMIOLOGIA

Mais de 700 000 pessoas morrem por suicídio em cada ano, em todo o mundo, e muitas mais tentam suicidar-se^[7].

O suicídio é responsável por quase 2,3% da carga global de doenças, colocando-o entre as 15 principais causas de morte^[8], constituindo uma grande preocupação de saúde pública.

Mais de metade das mortes por suicídio, em termos globais, ocorrem antes dos 50 anos de idade, ou seja, na população em idade ativa^[7].

Em Portugal, e considerando as pessoas com mais de 15 anos, as taxas globais de suicídio disponíveis para os últimos anos situam-se em torno de 10 por cada 100 000 habitantes, o que corresponde, em média, a três mortes por suicídio por dia^[7].

Em 2018, por exemplo, e tendo em conta as pessoas com mais de 15 anos, a taxa global de

suicídio em Portugal foi de 9,33, sendo a dos homens 15,13 e a das mulheres 4,39^[9,10].

Os homens morrem mais por suicídio do que as mulheres, numa proporção de 2 vezes mais. As mulheres apresentam mais tentativas de suicídio do que os homens, numa proporção de 3 vezes mais.

Porém, se às taxas de suicídio se somarem as designadas mortes indeterminadas, a taxa do designado suicídio provável aumenta; por exemplo, em 2018, para maiores de 15 anos, a taxa global foi de 15,38, para os homens foi de 24,20 e para as mulheres de 7,88^[9,10].

Estima-se que as tentativas de suicídio sejam 20-40 vezes superiores aos suicídios, respondendo, em Portugal, entre 30-60 tentativas de suicídio por dia.

Parece existir uma tendência crescente dos suicídios relacionados com o local de trabalho ou as condições laborais^[11,12].

A investigação sobre suicídios relacionados com o local de trabalho, no contexto nacional e em muitos outros países, é limitada por uma legislação que não os reconhece e, assim, por dados estatísticos fragmentados sobre este fenómeno.

■ ETIOLOGIA E FATORES CONDICIONANTES RELACIONADOS COM O TRABALHO

COMO É QUE O TRABALHO INFLUENCIA SITUAÇÕES QUE CURSAM COM IDEACÃO SUICIDA?

O suicídio, não sendo uma doença, mas uma ação, é complexo e multicausal. A morte por suicídio está associada a condições desfavoráveis de saúde mental. A suicidologia distingue entre fatores de risco (por exemplo, depressão) e fatores ou acontecimentos precipitantes situacionais (por exemplo, evento sentido como vexatório ou humilhante no local de trabalho) que desencadeiam no imediato o comportamento suicidário. O trabalho pode ser quer um fator protetor, quer um fator de risco relativamente ao

suicídio. O trabalho enquanto fonte de gratificação, realização, relações saudáveis e segurança financeira é um fator protetor. Mas se o ambiente psicossocial e a organização do trabalho forem adversos e potenciadores de fortes impactos para a saúde, o trabalho aumenta o risco de suicídio em pessoas vulneráveis, sendo prejudicial para o trabalhador, para a organização e para a sociedade em geral. Os designados fatores psicossociais de risco do trabalho têm sido perspetivados ou sumariados como consequências da concomitância de duas características abrangentes: i) exigências elevadas; e ii) apoio psicossocial baixo^[13]. Os modelos de organização do trabalho e a gestão dos riscos psicossociais (abordados, respetivamente, nos Subcapítulos 4.1 e 1.4) poderão funcionar como protetores.

A investigação sobre os fatores laborais e os fatores psicossociais de risco do trabalho que contribuem para o risco de suicídio é recente. Existe, porém, um corpo considerável de dados que permite de forma sustentada afirmar que o trabalho precário e as condições psicológicas, económicas e sociais associadas constituem um fator de risco para o comportamento suicidário^[14].

Existem diversos fatores laborais que podem influenciar negativamente a saúde mental e têm impacto direto ou indireto sobre pensamentos, planos e comportamentos suicidários. Muitos desses fatores interagem com fatores não laborais, aumentando o risco de suicídio. Ou seja, o mais comum é que a exposição a um ambiente laboral nocivo e de forma prolongada no tempo contribua para o risco de suicídio em trabalhadores com vulnerabilidades prévias, como doença mental, problemas pessoais e acesso facilitado a meios letais. Todavia, em alguns casos, foi possível identificar uma ligação muito direta entre condições de trabalho stressantes e o comportamento suicidário. São situações em que, por exemplo, pressões ou reprimendas de superiores, mudanças de funções, no conteúdo e/ou no local de trabalho, e ações disciplinares tiveram um papel preponderante para a morte por suicídio^[12].

Os fatores de risco específicos do trabalho são os seguintes^[14,15]:

- Condições precárias de trabalho;

- Condições de trabalho adversas crônicas;
- Acontecimentos críticos no trabalho prolongados no tempo;
- Acesso a meios letais relacionado com o trabalho (por exemplo, forças de segurança [armas], médicos e enfermeiros [medicação] e agricultores [pesticidas]);
- Trabalho de baixa qualificação e/ou baixa escolaridade, isto é, ocupações menos qualificadas apresentam maior risco do que os trabalhos qualificados;
- Fatores laborais stressores, cuja exposição pode ter um forte impacto na saúde dos trabalhadores: acompanhamento/supervisão/liderança deficiente, inexistência de um coletivo de trabalho apoiante, responsabilização individual pelo cumprimento de metas/objetivos, ausência de reconhecimento pelo trabalho realizado, alta exigência, baixo controle e fatores de organização de trabalho, como trabalho por turnos e horários prolongados;
- *Bullying/Mobbing* ou assédio.

Como já referido, o *stress* no trabalho acontece quando há incompatibilidade entre as exigências do trabalho e/ou do ambiente laboral e as capacidades, os recursos e as necessidades do trabalhador (consultar o Subcapítulo 3.1). A exposição prolongada ao *stress* laboral tem resultados adversos na saúde, incluindo *burnout*, depressão e suicídio.

Acresce que estão identificados alguns setores e grupos profissionais que têm taxas de suicídio mais elevadas do que a restante população. Os setores e as profissões com evidências de maior risco são os seguintes:

- Trabalhadores da construção;
- Trabalhadores do setor agrícola;
- Forças de segurança;
- Médicos, enfermeiros, veterinários.

COMO É QUE SITUAÇÕES QUE CURSAM COM IDEIAÇÃO SUICIDA INFLUENCIAM O TRABALHO?

- Impacto no trabalho:
- Absentismo/Ausência;
 - Incapacidade para o trabalho;
 - Custos diretos e indiretos;

- Dificuldades de concentração e em concluir tarefas ou diminuição do desempenho;
- Acidentes de trabalho (AT).

Reconhece-se cada vez mais que trabalhadores mentalmente saudáveis são mais produtivos. Os custos económicos que estão associados aos comportamentos suicidários são relevantes, incluindo, entre outras, perdas gerais de produtividade, decorrentes das perdas de produção por morte, incapacidade e absentismo. Os efeitos nos colegas de trabalho e na comunidade envolvente reforçam a pertinência de uma melhor compreensão e prevenção do suicídio em diferentes contextos. A relação custo-efetividade da redução da sua incidência está demonstrada⁽¹⁾. A maioria das pessoas passa muitas horas no local de trabalho, e a qualidade da vida laboral tem uma enorme influência na saúde e bem-estar. A maior parte dos locais de trabalho, porém, não estão organizados de forma a promover climas que promovam a possibilidade de as pessoas poderem conversar sobre suicídio e/ou pedir ajuda. A maioria dos empregadores, gestores, chefes e funcionários nunca recebeu qualquer sensibilização ou formação sobre como lidar com um colega de trabalho que revela pensamentos suicidários. Existe evidência crescente dos benefícios económicos da implementação de estratégias de prevenção de suicídio universal nos locais de trabalho.

■ GESTÃO DO RISCO DE SUICÍDIO NO LOCAL DE TRABALHO

A prevenção e a gestão do risco do suicídio no local de trabalho devem ser abordadas a dois níveis: i) individual (intervenção clínica e psicossocial); e ii) no trabalho (intervenção dirigida a toda a organização, numa perspetiva de promoção da saúde mental organizacional). De referir ainda um terceiro nível: a designada posvenção enquanto intervenção após a morte por suicídio no sentido de minorar os efeitos negativos da mesma, nomeadamente o risco de outras mortes por suicídio por efeito de imitação (consultar o Subcapítulo 5.2).

NÍVEIS DE RISCO SUICIDÁRIO: COMO LIDAR COM O TRABALHADOR?

Diferenciar os vários níveis de **risco** é essencial para orientar o tipo de intervenção a promover:

- O **risco a longo prazo** ou **risco baixo**, em que a pessoa pensa na morte (“Preferia não estar vivo” e “Gostava de desaparecer”) mas não planeou a ação, ou seja, as suas ideias suicidas não são estruturadas;
- O **risco a curto prazo**, que diz respeito ao risco de comportamento suicidário dentro de dias ou semanas e equivale ao **risco médio**, em que a pessoa pensa constantemente na morte por suicídio e já pondera como, mas não tem plano definido;
- O **risco iminente**, também designado por **crise suicidária**, que corresponde a alta probabilidade de comportamento suicidário nas 48 horas que se seguem. Equivale ao **risco alto**, tendo a pessoa um plano de execução iminente, muitas vezes sob efeito de tóxicos, álcool ou psicose.

Na gestão do risco de suicídio, é essencial estabelecer contacto com a pessoa, no sentido da ligação relacional e da conexão. É importante reservar um local e tempo adequados para **ouvir** sem julgamento a pessoa em risco, sendo que os grandes objetivos iniciais passam por reduzir o desespero e incutir esperança. A forma de comunicar deve ser tranquila, aceitante e de escuta ativa e empática, devolvendo os sentimentos à pessoa: “Percebo que está a ser insuportável para si”. Respeitar os valores, as opiniões e a decisão da pessoa são aspetos também fundamentais desta comunicação. As formas como não se deve comunicar são igualmente fundamentais. Neste sentido, é importante **não**: tentar valorizar o que a pessoa ou a vida tem (isto será uma forma de desvalorizar o sofrimento e as queixas);

apelar para experiências de quem sofre muito mais; interromper frequentemente; ficar chocado ou emocionado; ter atitude paternalista; dizer que vai ficar tudo bem; tentar doutrinar.

Perante um trabalhador com **risco baixo**, a atuação deverá consistir em:

- Proporcionar ou encaminhar para suporte emocional;
- Abordar as circunstâncias pessoais, laborais e sociais emergentes que o colocam em risco;
- Abordar os sentimentos suicidas;
- Falar abertamente sobre a desvalorização, as perdas, o isolamento ou outras questões, no sentido de ajudar a organizar emocionalmente e tornar menos confusas as emoções (narrativa emocional). Tornar a pessoa mais reflexiva e crucial, no sentido de poder alterar a decisão de morrer por suicídio;
- Encaminhar ou proporcionar avaliação e tratamento para a depressão é essencial. A capacidade de revogar uma decisão estará diminuída pela distorção relacionada com a provável depressão;
- Estimular a autoconfiança e a esperança da pessoa;
- Identificar os fatores protetores, laborais, entre outros, e promover que sejam convocados;
- Até que o trabalhador receba tratamento adequado, garantir um acompanhamento em intervalos regulares.

Uma pessoa com **risco médio ou alto** deve ser encaminhada para cuidados **especializados**.

A atuação perante um trabalhador com **risco médio** deverá passar por:

- Encaminhar para acompanhamento regular especializado;
- Focar nos sentimentos de ambivalência;
- Explorar as alternativas ao suicídio;
- Elaborar em conjunto com a pessoa em risco um **plano de segurança**¹;

¹ Intervenção breve para ajudar pessoas com ideação e risco de suicídio, mitigando riscos e aumentando a segurança, através de uma lista escrita, construída em conjunto com a pessoa, que prioriza estratégias de *coping* e fontes de apoio que as pessoas podem utilizar. Estas estratégias podem ser usadas antes ou durante uma crise suicida. O plano é breve, escrito nas próprias palavras da pessoa e fácil de ler.

- Ganhar tempo, respeitar a decisão e conseguir que a pessoa adie a mesma;
- Reunir o apoio da rede social, laboral e familiar da pessoa em risco (em parceria com esta);
- Trabalhar medidas de prevenção com a pessoa, com a rede laboral e com a família;
- Trabalhar com a pessoa a restrição do acesso aos meios letais;
- Seguir os princípios de autenticidade e sinceridade, explicar as medidas e coexplorar as medidas adaptadas à pessoa.

Perante o trabalhador com **risco alto** a atuação deverá consistir em:

- Encaminhar para hospital (com informação relevante por escrito);
- Não deixar a pessoa sozinha;
- Negociar (respeitar e tentar que adie);
- Informar a família;
- Pedir ajuda a outros profissionais de saúde, família, colegas, polícia, serviço de emergência (consultar o Subcapítulo 5.6).

O **diagnóstico da depressão** e uma **intervenção adequada** subsequente constituem medidas eficazes na prevenção do suicídio. Nomeadamente, a prescrição médica de antidepressivo a pessoas com depressão é uma boa prática no âmbito da gestão do risco de suicídio, assim como o lúto no caso dos bipolares e a clozapina na esquizofrenia. Gil (2006^[16], 2014^[17]) e Madeira e Craveiro (2014)^[18] explicam o **tratamento psicofarmacológico** na suicidalidade, constituindo abordagens claras e atuais, dirigidas aos médicos de medicina geral e familiar, medicina do trabalho e outros, e também inteligíveis para não médicos, no sentido de uma linguagem comum e útil, na comunicação desejável num trabalho de equipa nesta área. Estes autores também concordam no princípio que aqui se realça: a psicofarmacologia enquanto tratamento da suicidalidade é adequada para tratar a doença subjacente e tem de estar integrada num plano terapêutico abrangente, que não se restringe à toma da medicação^[16-18].

A **psicoterapia** em pessoas em risco de suicídio combinada com o tratamento psicofarma-

cológico prognostica melhores resultados. Existem evidências promissoras de diferentes modalidades de intervenção psicológica na redução da suicidalidade^[19-21], sendo que a escolha dependerá do que se adequa à pessoa específica e do contexto. Transversal às diferentes opções psicoterapêuticas, salienta-se a importância da relação terapêutica, da validação do sofrimento, da valorização da narrativa daquela pessoa, da hierarquização dos problemas, da identificação da ambivalência e da criação de um vínculo para garantir o acompanhamento.

INTERVENÇÃO NO TRABALHO: PRINCÍPIOS GERAIS PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO SER UMA PRIORIDADE DE SAÚDE E SEGURANÇA NAS ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO

Os locais de trabalho podem constituir-se enquanto contextos importantes no âmbito da prevenção do suicídio e da promoção, no geral, da saúde mental (consultar os Subcapítulos 1.5 e 3.4). O designado suicídio laboral ou relacionado com questões de trabalho é resultado da interação complexa entre vulnerabilidades pessoais (por exemplo, doença mental) e a exposição a condições de trabalho de risco (condições stressantes, insegurança no trabalho, etc.). A intervenção para a redução de exposição a fatores psicossociais de risco nocivos, no atual panorama de evidência científica disponível, constitui uma variável modificável determinante da saúde mental e, consequentemente, do risco de suicídio. A ideia ou a mensagem central consiste em criar uma força de trabalho saudável. A estratégia de prevenção do suicídio no local de trabalho terá melhores resultados se for multinível e conjugar/integrar: i) intervenção nas condições de trabalho que estão associadas à deterioração da saúde dos trabalhadores; ii) medidas dirigidas a aumentar a literacia em saúde mental e prevenção do suicídio, diminuir o estigma entre empregadores, chefias/líderes e trabalhadores e aumentar atitudes de procura de ajuda (consultar o Subcapítulo 17.9); iii) promover o reconhecimento das dificuldades emocionais e problemas

de saúde mental entre a força de trabalho; e iv) proporcionar ou facilitar uma assistência e encaminhamentos apropriados e atempados. As organizações podem promover ambientes de trabalho e relacionais saudáveis e, eventualmente, implementar programas de promoção de saúde mental e de prevenção do suicídio.

Princípios e práticas gerais dos locais de trabalho para que a prevenção do suicídio seja uma prioridade:

- **Liderança:** as chefias devem cultivar lideranças promotoras de uma cultura focada no bem-estar geral;
- **Conhecer o trabalho:** identificação dos fatores psicossociais de risco para definir um plano de intervenção de redução à exposição de fatores nocivos;
- **Comunicação e sensibilização:** medidas que aumentem a sensibilidade para a compreensão dos comportamentos suicidários;
- **Orientação para a saúde mental e o bem-estar:** promoção do autocuidado e do autoconhecimento;
- **Formação:** implementação de programas de formação que aumentem a literacia em saúde mental;
- **Suporte de colegas:** promoção de iniciativas que facilitem dinâmicas de apoio entre colegas;
- **Acessibilidade:** acesso a recursos de saúde e suporte psicossocial internos ou externos;
- **Antecipação:** acesso a respostas previstas para situações de crise.

A POSVENÇÃO NO CONTEXTO DO TRABALHO

A posvenção consiste na intervenção psicológica e outros tipos de apoio facultados após um suicídio aos indivíduos afetados ou à organização de trabalho como um todo, no sentido de mitigar os potenciais efeitos negativos deste tipo de morte. A morte por suicídio de um trabalhador ou de familiares deste, de clientes, de fornecedores ou de outros parceiros da organização pode ter um impacto profundo e negativo no local de trabalho.

A organização deverá abordar a situação da morte por suicídio com compaixão, respeito e

apoio aos enlutados e afetados, permitindo às pessoas que cuidem de si e atentando às formas de comunicação. A morte por suicídio de um trabalhador ou familiar pode afetar de forma diversa diferentes trabalhadores. Em determinados contextos, pode ser adequado proporcionar uma sessão de esclarecimento estruturada em grupo, em que os colegas possam manifestar emoções como raiva, culpa e tristeza e colocar as suas dúvidas e receios. Se a organização de trabalho estiver atenta e acionar mecanismos de apoio antecipados para o efeito, é mais provável que a exigência e a responsabilidade se mantenham e que as reações à morte por suicídio como abstinência ou falta de produtividade sejam menos prováveis. As chefias, os líderes e os médicos de trabalho têm um papel acrescido e preponderante na posvenção, além de que devem ter em atenção que, por um lado, podem eles próprios ser afetados psicologicamente pela morte por suicídio e, por outro lado, podem ser alvos preferenciais de raiva e culpa dirigidas por outros trabalhadores e familiares.

A posvenção no local de trabalho pode ser pensada em três níveis: i) imediata; ii) a curto prazo; e iii) a médio e longo prazo. Algumas recomendações práticas fundamentais para lidar com a morte por suicídio no local de trabalho são:

- **Imediata:**
 - Um responsável deve estar designado para liderar a forma de comunicação com os restantes trabalhadores;
 - Uma comunicação bem feita, de acordo com as orientações de boas-práticas, reduz o potencial de contágio;
 - O suporte imediato passa por ajudar ou dar assistência muita prática a familiares ou colegas particularmente afetados, devendo ser oferecida em formato de pergunta-concreta (por exemplo, “Quer que organize os pertences e os contactos que estão aqui?”).
- **Curto prazo:**
 - Promover o conhecimento e a acessibilidade a recursos de ajuda e saúde mental por partes de colegas afetados;

- Promover um processo de luto saudável. Uma orientação prática consiste em seguir as práticas comuns para lidar com outras formas de luto por outras causas;
- Restabelecer o funcionamento normal do local de trabalho, reconhecendo a situação difícil e reforçando a existência de ajudas.

■ **Médio e longo prazo:**

- Antecipar reações adversas em aniversários e outras datas significativas. Cerimônias que honrem a perda e celebrem a vida, sem romantizar ou heroificar a morte, promovendo a recordação, e não o reviver da situação potencialmente traumática, serão adequadas.

“(…) Um dia, uma superior ligou-me a pedir ajuda, disse-me que estava à rasca com uma grande tarefa. Perguntou se eu me sentia capaz de a ajudar umas horas por dia, que precisava muito da minha ajuda. (...) Fiquei um bocado chocada, não tinha passado muito tempo. (...) Falei com um amigo e fui. Nunca cheguei a ter a certeza se foi intencional ou se ela estava mesmo a precisar da ajuda que lhe dei! Eu pensava que nunca mais voltaria a trabalhar, mas o trabalho salvou-me” [Mulher, 47 anos, que perdeu o filho por suicídio].

Para obter mais informação sobre a posvenção, consultar o Subcapítulo 5.2.

■ **PROGNÓSTICO**

PRINCIPAIS CONCLUSÕES SOBRE AS ESPECIFICIDADES PROGNÓSTICAS DOS TRABALHADORES COM IDEIAÇÃO SUICIDA

Determinar a gravidade da ideação e o risco associado, através de uma avaliação completa, é basilár. Os principais indicadores específicos de prognóstico de trabalhadores com ideação suicida são a existência de tentativas de suicídio anteriores, a gravidade da ideação, o diagnóstico e o tratamento adequados da doença mental subjacente e a aceitação de acompanhamento regular. Convocar os fatores de proteção, nomeadamente os relacionados com o trabalho, é fundamental na

melhoria do prognóstico. Disponibilizar ou facilitar o encaminhamento célere para intervenções baseadas na evidência para trabalhadores em risco – psicoterapia, farmacoterapia e apoio em crise – é outro dos aspetos centrais.

Destacam-se alguns elementos a ter em conta:

- O prognóstico depende de uma série de fatores, incluindo a gravidade da ideação, o histórico de tentativas, o diagnóstico e o tratamento de doença mental, o acesso a meios letais e a intervenção nas condições de trabalho (por exemplo, regimes de trabalho flexíveis) → **A avaliação do risco é multifacetada e individualizada;**

- A deteção e a abordagem precoces da ideação suicida nos trabalhadores são vitais para o seu bem-estar e segurança → **A identificação atempada é crucial;**
- A identificação e o reforço dos fatores de proteção, como as redes de apoio social, e as competências para enfrentar e lidar com o stress e os problemas podem melhorar significativamente o prognóstico → **O reforço dos fatores de proteção é importante;**
- A elaboração, em conjunto com o trabalhador, de planos de tratamento personalizados baseados numa avaliação abrangente é essencial na gestão e na redução do risco de suicídio → **Planos de tratamento individualizados e coconstruídos;**

- A contribuição para locais de trabalho que permitem a realização de um trabalho bem feito, o reconhecimento pela sua realização e a preservação da saúde é importante → **Boas condições de trabalho são determinantes;**
- A contribuição para locais de trabalho de apoio que priorizem a saúde mental e oferecem recursos pode impactar positivamente o prognóstico → **O ambiente de trabalho é um fator-chave;**
- A monitorização e os cuidados de acompanhamento baseados na evidência (psicoterapia, farmacoterapia, apoio em crise) são cruciais para garantir a segurança e o bem-estar contínuos dos trabalhadores com histórico de ideação suicida → **É necessário um acompanhamento a longo prazo;**

- As organizações de trabalho devem implementar medidas proativas para prevenir o risco de suicídio, incluindo a elaboração de diagnóstico de fatores psicossociais de risco, a definição de medidas de intervenção para a melhoria das condições em que se trabalha, as iniciativas ativas de sensibilização para a saúde mental e a redução de estigma e o acesso a programas de apoio dirigidos à força de trabalho → **A prevenção é fundamental e possível.**

Como consideração final, de referir duas notas importantes:

- As organizações de trabalho, incluindo cheffias e profissionais de saúde ocupacional, devem pautar-se por uma conduta ética promotora e conciliadora de uma atitude de compaixão e pelo respeito por confidencialidade e dever de alertar e prestar cuidados aos trabalhadores;
- A multicausalidade do suicídio, perante o risco no contexto de trabalho, não pode ser pretexto para a intervenção privilegiar apenas as prováveis vulnerabilidades individuais, já que a intervenção e a alteração nas condições de trabalho são igualmente fundamentais.

■ **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Barbosa, P., Silva, S. F., Madeira, N., & Pires, A. M. (Coords). (2021). *Prevenção do Suicídio – Manual para Profissionais de Saúde*. Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental. Disponível em <https://prevenirsuicidio.pt/wp-content/uploads/2022/09/1001.-PrevencaoCC%7a%CC%83o-do-SuicidioCC%81dio-%E2%80%93Manual-para-Profissionais-de-Saude.pdf>, acedido em 4 de julho de 2023.
2. Saraiva, C. B. (Coord.). (2014). *Depressão e Suicídio: Um Guia Clínico nos Cuidados de Saúde Primários*. Lidel – Edições Técnicas.
3. Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Gestão de Risco de Suicídio: Um Manual para Profissionais de Saúde*. Lundbeck Institute.
4. Shneidman, E. S. (1987). A psychological approach to suicide. In G. R. VandenBos, & B. K. Bryant (Eds.), *Cataclysms, Crises, and Catastrophes*:

5. Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>.
6. World Health Organization [WHO]. (2006). *Preventing Suicide: A Resource at Work*. World Health Organization.
7. World Health Organization [WHO]. (s.d.). *WHO Global Health Estimates*. Disponível em <https://www.who.int/data/global-health-estimates>, acedido em 13 de julho de 2023.
8. Madsen, L. B., Eddleston, M., Hansen, K., & Konradsen, F. (2018). Quality assessment of economic evaluations of suicide and self-harm interventions. *Crisis*, 39(2), 82-95. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000476>.
9. Gusmão, R., Ramalheira, C., Conceição, V., Severo, M., Mesquita, E., Xavier, M., & Barros, H. (2021). Suicide time-series structural change analysis in Portugal (1913-2018): Impact of register bias on suicide trends. *Journal of Affective Disorders*, 291, 65-75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.048>.
10. Gusmão, R., Conceição, V., Ramalheira, C., Severo, M., Mesquita, E., Xavier, M., & Barros, H. (2021). Dataset on suicide time-series structural change analysis in Portugal (1913-2018). *Mendeley Data*, V2. <https://doi.org/10.17632/vcw6ypphmp.2>.
11. Peterson, C., Sussell, A., Li, J., Schumacher, P. K., Yeoman, K., & Stone, D. M. (2020). Suicide rates by industry and occupation — National Violent Death Reporting System, 32 States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(3), 57-62.
12. Waters, S., Karanikolos, M., & McKee, M. (2016). When work kills. *Journal of Public Mental Health*, 15(4), 229-234. <https://doi.org/10.1108/JPMH-06-2016-0026>.
13. Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31(6), 438-449. <https://doi.org/10.5271/sjweh.948>.

14. Greiner, B. A., & Aresman, E. (2022). The role of work in suicidal behavior – Uncovering priorities for research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 48(6), 419–424. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4051>.
15. Milner, A., Spital, M. J., Pirakis, J., & LaMontagne, A. D. (2013). Suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 203(6), 409–416. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128405>.
16. Gil, N. (2006). Abordagem psicofarmacológica da ideação suicida. In B. Peixoto, C. B. Saraiva, & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal* (pp. 377–422). Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
17. Gil, N. (2014). Tratamentos somáticos: Psicofarmacologia. In C. B. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos Conceitos à Prática Clínica* (pp. 171–191). Lidel – Edições Técnicas.
18. Madeira, N., & Craveiro, A. (2014). Tratamento psicofarmacológico. In C. B. Saraiva (Ed.), *Depressão e Suicídio: Um Guia Clínico nos Cuidados de Saúde Primários*. Lidel – Edições Técnicas.
19. Cruz, D., & Sampaio, D. (2014). Psicoterapias nos comportamentos autolesivos. In C. B. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos Conceitos à Prática Clínica* (pp. 159–170). Lidel – Edições Técnicas.
20. Garrido, P., Andrade, J., & Saraiva, C. B. (2014). Psicoterapias. In C. B. Saraiva (Ed.), *Depressão e Suicídio: Um Guia Clínico nos Cuidados de Saúde Primários*. Lidel – Edições Técnicas.
21. Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2016(5), CD012189. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012189>.

COMENTÁRIO DA MEDICINA DO TRABALHO

Ana Isabel B. Correia

■ INTRODUÇÃO

Os suicídios relacionados com as condições laborais, embora apresentem uma tendência

As transformações do trabalho, com a terciarização do mesmo, e a exigência pela máxima qualidade e produtividade, as quais abrem caminho ao assédio moral, à ausência de solidariedade (pautadas pela competitividade), poderão levar o(s) trabalhador(es) ao suicídio. Veja-se o caso apresentado de João, em que, paralelamente às alterações comportamentais derivadas da reestruturação do seu local de trabalho (pelo que recorreu ao apoio da medicina do trabalho e posterior articulação com a psicologia e psiquiatria), também se manifestaram histórias recentes de separação da namorada e de morte de um amigo, história pregressa de divórcio e depressão na faculdade, bem como história familiar de suicídio (problema complexo e multifatorial, com interação entre fatores genéticos, ambientais e sociais).

Não obstante a análise e a avaliação das condições de trabalho (com a sua identificação de riscos e gestão aceitável dos mesmos) terem sido realizadas pela equipa de saúde ocupacional e o posterior retorno gradual de João, é importante que a empresa/organização também seja formada para uma cultura de segurança e sensibilizada para o risco de suicídio e para as suas medidas preventivas (que muito passam pela mudança de comportamentos das várias estruturas hierárquicas).

■ ENQUADRAMENTO DA AVALIAÇÃO E DA INTERVENÇÃO DA MEDICINA DO TRABALHO

O exame de medicina do trabalho tem como função a promoção da saúde do trabalhador e a prevenção de eventos adversos no trabalho. Considerando esta narrativa, o médico do trabalho de uma organização poderá ser o primeiro a abordar/auscultar o trabalhador em sofrimento e com risco de suicídio. Deste modo, a medicina do trabalho assume-se como um interveniente essencial na avaliação e na gestão do risco através dos exames de saúde (admissões, periódicos, ocasionais), apoiando-se na colheita da história pessoal e ocupacional apurada do trabalhador (tendo presente

que fatores sociodemográficos, determinadas classes profissionais e/ou condições como perturbações psíquicas e patologias que condicionem o crónico, limitem a locomoção e/ou interfiram na esfera funcional e situacional dos trabalhadores possam ser gatilhos para o suicídio).

A informação sobre a condição de saúde atual do trabalhador e as tarefas/atividades e seus fatores de risco/riscos irão moldar a aptidão para o trabalho e a periodicidade de avaliação da mesma.

■ LIMITAÇÕES E CONDICIONANTES DA APTIDÃO PARA O TRABALHO

A decisão quanto à aptidão para o trabalho de um trabalhador com risco de suicídio é complexa e desafiante para o médico do trabalho, devendo a mesma ser apoiada na análise de dados obtidos nos exames de saúde (por exemplo, antecedentes pessoais e história ocupacional), bem como através de uma eficaz comunicação e discussão entre trabalhador, organização e serviço de saúde ocupacional.

Esta análise deverá ter em conta a condição de saúde atual do trabalhador, como: i) influência nas atividades diárias, como higiene e autocuidado; ii) afetação da capacidade social de interação, comunicação e convívio com terceiros (como colegas e/ou chefia), nomeadamente se ocorrer violência ou isolamento do trabalhador; e iii) influência no desempenho do trabalho, com diminuição da concentração e dificuldade de tomada de decisões, inclusivamente se ocorrerem alterações comportamentais/mentais e/ou ausências ao trabalho em exposições a maior stress/exigências laborais.

O período de incapacidade temporária absoluta para o trabalho foi recomendado a João como “prova terapêutica” (para a medicação surtir efeito e para a sua própria recuperação). No entanto, uma inaptidão temporária para o trabalho pode e deve ser aplicada num trabalhador que se encontre em alto risco de suicídio, pelo que a medicina do trabalho deverá, com o apoio da sua equipa e de outros intervenientes

(como forças de segurança e de emergência), encaminhar o trabalhador (sempre acompanhando) à urgência hospitalar de psiquiatria. Um risco iminente para o próprio e/ou para terceiros deverá pesar sempre na avaliação da aptidão.

Considerando o tipo de trabalhador e as suas tarefas, bem como a condição atual de saúde (evolução e prognóstico da patologia), poderá ser necessário equacionar a recolocação ou mesmo uma reconversão profissional, com vista a uma reintegração segura e saudável (nomeadamente, se o trabalho constituir uma fonte de agravamento da situação clínica).

■ ARTICULAÇÃO COM PSIQUIATRIA/PSICOLOGIA

A abordagem do trabalhador com ideação suicida deverá ser multidisciplinar, através de um trabalho integrado entre os serviços de saúde ocupacional e a psiquiatria e/ou psicologia, para uma eficaz e célere avaliação e gestão do risco. Torna-se fulcral que as organizações integrem psiquiatras/psicólogos ocupacionais, com implementação de protocolos de avaliação dos trabalhadores com risco de suicídio que visem uma fluida articulação entre saúde ocupacional, os trabalhadores e a psicologia/psiquiatria. Dever-se-á estabelecer um compromisso entre todos os intervenientes no que diz respeito à confidencialidade, à estratégia terapêutica e à periodicidade de vigilância dos trabalhadores. Assim, pretende-se uma comunicação clara e fácil entre médico do trabalho e psicólogo/psiquiatra, com vista a uma melhor vigilância da saúde do trabalhador e avaliação da aptidão para o trabalho, estabelecendo-se períodos de reavaliação conforme a evolução da doença através de um mútuo envolvimento nas decisões estratégicas.

A psiquiatria e/ou a psicologia ocupacionais têm vindo a ganhar relevância no universo do trabalho, contribuindo para o desenvolvimento e a implementação de estratégias preventivas de riscos psicossociais e para a melhoria do bem-estar dos trabalhadores e intervindo quer ao nível individual quer organizacional, através da

construção de locais de trabalho saudáveis e seguros.

■ ESTRATÉGIA DE SAÚDE OCUPACIONAL

Uma tentativa de suicídio poderá constituir um pedido de ajuda por parte do trabalhador, pelo que a identificação e a sinalização precoces do mesmo são prioritárias, devendo a saúde ocupacional definir estratégias preventivas individuais e organizacionais.

VIGILÂNCIA DE SAÚDE INDIVIDUAL

A periodicidade dos exames de medicina do trabalho deverá ser mais frequente quanto maior a agudização da ideação suicida/tentativa de suicídio (exacerbações da patologia/condição basal). Acompanhamentos de frequência semanal a mensal poderão ser necessários, em estreita articulação com os pares, ceres da psicologia/psiquiatria. Por sua vez, situações clínicas estabilizadas e sem eventos *major* nos últimos 6 meses a 1 ano poderão ser avaliadas anualmente pela medicina do trabalho, por exemplo. De qualquer forma, o médico do trabalho, em conjunto com a sua equipa de saúde ocupacional, deverá incentivar uma autovigilância da saúde dos trabalhadores, devendo estes gerir os seus sinais e/ou sintomas e procurar ajuda em caso de necessidade. Visitas periódicas aos locais de trabalho, com apoio da higiene e segurança e com avaliação e atuação das matrizes de riscos, e um acompanhamento rigoroso do absentismo derivado dos quadros agudos suicidas deverão ser igualmente efetuados pela saúde ocupacional, com vista à elaboração e estudo dos indicadores de saúde e à implementação de programas de vigilância de saúde baseados nos mesmos.

INTERVENÇÕES NO CONTEXTO LABORAL

Existem diversas medidas preventivas que podem e devem ser instituídas nos locais de trabalho, como:

- Ações de informação/formação sobre o suicídio, com o intuito de ensinar e fornecer estratégias preventivas aos trabalhadores expostos/em risco, bem como de sensibilizar as organizações para uma intervenção rápida e eficaz;

- Promoção da saúde dos trabalhadores, através da implementação e da manutenção de um local de trabalho seguro e saudável, com adaptação do mesmo à condição de saúde atual do trabalhador;

- Transparência organizacional, através da definição clara das hierarquias e das tarefas, com treino de chefias em gestão de pessoas, mas com inclusão dos trabalhadores nas decisões políticas e organizacionais;

- Fomentação e valorização da partilha de ideias, sentimentos e perceções dos trabalhadores relativos às adversidades do/no trabalho.

lho, com vista à deteção precoce de problemas e entropias e à devida implementação de medidas corretivas/preventivas;

- Inclusão e vigilância dos trabalhadores com perturbações psíquicas, contribuindo para a redução do estigma e da discriminação da patologia mental;

- Criação e manutenção de canais oficiais e fluidos de comunicação interna para denunciar casos de violência no trabalho.

Adicionalmente, existem benefícios oferecidos pelas organizações que poderão influenciar positivamente a qualidade de vida dos trabalhadores, como seguros de saúde, incentivo e apoio à formação, apoio no transporte, bem como apoio médico/nutricional/psicológico/social, ginásios, refeitórios e/ou dormitórios/zonas de pausa no local de trabalho.