

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Tassiéli Mendes Simas

**O SUICÍDIO DE COLEGAS DE PROFISSÃO: A PERCEPÇÃO DOS  
MÉDICOS**

Santa Maria, RS  
2017

**Tassiéli Mendes Simas**

**O SUICÍDIO DE COLEGAS DE PROFISSÃO: A PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

Orientador: Prof. PhD Alberto Manuel Quintana  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Camila Peixoto Farias

Santa Maria, RS  
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Simas, Tassiéli Mendes  
O SUICÍDIO DE COLEGAS DE PROFISSÃO: A PERCEPÇÃO DOS  
MÉDICOS / Tassiéli Mendes Simas.- 2017.  
75 p.; 30 cm

Orientador: Alberto Manuel Quintana  
Coorientadora: Camila Peixoto Farias  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2017

1. Suicídio 2. Médicos 3. Hospital 4. Psicologia da  
Saúde I. Quintana, Alberto Manuel II. Farias, Camila  
Peixoto III. Título.

**Tassiéli Mendes Simas**

**O SUICÍDIO DE COLEGAS DE PROFISSÃO: A PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

**Aprovado em 14 de julho de 2017:**

---

**Alberto Manuel Quintana, PhD. (UFSM)**  
(Presidente/Orientador)

---

**Silvio José Lemos Vasconcellos, Dr. (UFSM)**

---

**Everley Rosane Goetz, Dr<sup>a</sup>. (IESB) – Parecer**

Santa Maria, RS  
2017

Ao meu avô Cacildo da Costa Mendes (em memória). Exemplo de ser humano, meu melhor amigo e de quem guardo as melhores lembranças. Meu eterno amor!

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe Jalciony, por estar presente em todos os momentos da minha vida. Obrigada pelo amor, apoio e incentivo sempre; obrigada por, além de propiciar minha formação profissional, ser um exemplo dos valores que me formaram enquanto pessoa.

À minha família, minha base, que sempre me acompanha e incentiva meus sonhos. Em especial, à minha avó Ely, que sempre foi exemplo de amor, honestidade, afeto e cuidado. Obrigada por sempre torcer por mim.

Ao meu namorado Alessandro, pelo amor e pela paciência.

Ao meu orientador Alberto, pela oportunidade e ensinamentos. Agradeço pela confiança, pelo aprendizado e carinho.

À minha coorientadora Camila, pela atenção, disponibilidade e pelo carinho. Obrigada pelo incentivo e conhecimentos compartilhados.

Às minhas amigas que acompanharam todo esse processo desde a seleção do mestrado e compreenderam minhas ausências. Liriane, Fernanda V., Fernanda H., Francele, Bruna e Aline, muito obrigada!

Aos colegas do NEIS e do mestrado, pelos momentos de troca, afeto e escuta; em especial, à Katiele e à Daynah.

Às professoras Samara, Everley e Elisa pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação. Obrigada pela disponibilidade e pelos conhecimentos compartilhados.

Aos membros da Banca de Defesa, professora Everley e professor Silvio. Agradeço pelo carinho, pela disponibilidade e enriquecedoras considerações ao trabalho final.

Aos profissionais médicos, pela confiança e por aceitarem participar, tornando este estudo possível.

A todos, o meu muito obrigada!

## RESUMO

### O SUICÍDIO DE COLEGAS DE PROFISSÃO: A PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS

AUTORA: Tassiéli Mendes Simas  
ORIENTADOR: Alberto Manuel Quintana  
COORIENTADORA: Camila Peixoto Farias

A presente pesquisa objetivou investigar as percepções de médicos em relação ao suicídio realizado por seus colegas de profissão. Para tanto, realizou-se um estudo de caráter exploratório de cunho qualitativo. Participaram da pesquisa nove médicos entre 34 e 57 anos, atuantes em um hospital público do Rio Grande do Sul. O número de participantes foi delimitado pelo critério de saturação. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma entrevista semidirigida. As entrevistas foram gravadas, transcritas integralmente e analisadas a partir da análise de conteúdo. Os princípios éticos foram respeitados de forma a proteger os direitos dos participantes, com formalização da participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dentre os resultados, percebeu-se que os participantes consideraram estar relacionado ao suicídio de colegas: a depressão; a síndrome de *burnout*, em função do desgaste emocional; o uso indiscriminado de álcool e drogas; e a automedicação, pelo fato de, muitas vezes, os médicos se recusarem a buscar ajuda profissional. Além disso, observou-se preocupação em relação à formação acadêmica de estudantes de medicina, bastante exigente em aspectos técnicos, relacionada a suicídios. Concluiu-se que existe necessidade de um espaço voltado para a assistência à saúde mental dos médicos e também acadêmicos, para que casos de suicídios sejam mais bem entendidos e prevenidos, assim como uma revisão dos parâmetros atuais de formação em medicina.

**Palavras-chave:** Suicídio. Médicos. Hospital. Psicologia da Saúde.

## **ABSTRACT**

### **THE SUICIDE OF COLLEAGUES OF PROFESSION: THE PERCEPTION OF PHYSICIANS**

**AUTHOR:** Tassiéli Mendes Simas  
**ADVISOR:** Alberto Manuel Quintana  
**CO-ADVISOR:** Camila Peixoto Farias

This research aimed to investigate physicians' perceptions concerning their profession colleagues' suicides. Therefore, we carried out a qualitative exploratory study. Nine physicians between 34 and 57 years old, working in a public hospital in Rio Grande do Sul, participated in the study. The number of participants was delimited by the saturation criterion. The instrument used for data collection was a semi-directed interview. The interviews were recorded, transcribed integrally and analyzed from content analysis. The ethical principles were respected in order to protect the rights of the participants, with the formalization of participation through the Free and Informed Consent Form. Among the results, we noticed that the participants considered to be related to the suicide of their colleagues: depression; burnout syndrome due to emotional exhaustion; the indiscriminate use of alcohol and drugs; their self-medication, because physicians often refuse to seek professional help. In addition, we are concerned about the training of medical students, quite demanding in technics, what is related to suicides. We concluded that there is a need for a space aimed at a mental health care of physicians and also medical students, so that cases of suicide are well treated and prevented, such as a review of medical training parameters.

**Keywords:** Suicide. Physicians. Hospital. Health Psychology.



## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	8
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	9
2.1 A PRESENÇA DA MORTE .....	9
2.2 SUICÍDIO: BREVE RETOMADA HISTÓRICA .....	10
2.3 SUICÍDIO: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA .....	12
2.4 O SUICÍDIO ENTRE MÉDICOS .....	15
2.5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....	18
2.5.1 Delineamento do estudo .....	18
2.5.2 Participantes .....	19
2.5.3 Instrumentos .....	21
2.5.4 Coleta de dados .....	22
2.5.5 Análise dos dados .....	23
2.5.6 Aspectos éticos .....	23
<b>3 ARTIGO 1 – O SUICÍDIO ENTRE MÉDICOS PELA PERCEPÇÃO DE COLEGAS DE PROFISSÃO</b> .....	25
<b>4 ARTIGO 2 – DIFICULDADES DURANTE A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM MEDICINA QUE PODEM LEVAR AO SUICÍDIO</b> .....	46
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	62
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	64
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA</b> .....	68
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....	69
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...</b>	70
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	71
<b>ANEXO B – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL</b> .....	75

## 1 APRESENTAÇÃO

O presente trabalho constitui a Dissertação de Mestrado intitulada *O suicídio de colegas de profissão: a percepção dos médicos*, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O projeto que originou este trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM e aprovado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 53310215.3.0000.5346.

Em relação ao interesse da pesquisa, ao ser realizada na área da saúde e com seus profissionais, partiu da experiência da pesquisadora durante a Residência Multiprofissional em um hospital-escola do sul do país, onde a pesquisadora soube de casos de suicídios cometidos por médicos nos últimos anos, mas que sempre eram mantidos velados. Outra motivação foi o fato de que a maioria dos estudos encontrados relacionados ao suicídio e profissionais da saúde são no sentido de verificar de que maneira esses profissionais estão ou não preparados para lidar com a morte de pacientes suicidas, de que forma acolhem pacientes após tentativas de suicídio que não resultam em morte e também como lidam com os familiares desses indivíduos.

Optou-se por apresentar os resultados desta pesquisa em formato de artigos científicos, conforme a nona edição do *Manual de Estrutura de Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses* (MDT, 2015) da UFSM. Entende-se que essa maneira de apresentação facilita a divulgação dos resultados do estudo, favorecendo a sua publicação. Por sua vez, os artigos estão apresentados segundo as normas da *American Psychological Association* (APA, 2013), às quais, geralmente, são utilizados pelos periódicos científicos da área.

Dessa maneira, primeiramente, apresenta-se a introdução da pesquisa, contendo uma revisão de literatura acerca do tema do estudo. Em um segundo momento, é apresentada a trajetória metodológica da pesquisa. Posteriormente, são abordados os resultados e discussão dos dados da pesquisa por meio de dois artigos. Para finalizar, são expostas as considerações finais sobre todo o material aqui apresentado, juntamente com as referências utilizadas, apêndices e anexos.

## 2 INTRODUÇÃO

### 2.1 A PRESENÇA DA MORTE

A morte representa, essencialmente, um poder sobre o qual não se tem nenhum controle. O fato de os sujeitos não saberem como serão suas mortes nem em que momento irão morrer e tampouco o que isso irá representar faz com que ela seja tão temida. O receio pelo fim da vida está presente em todas as pessoas, mesmo que, muitas vezes, isso seja negado ou ocultado. Ninguém é livre do temor da morte, que se encontra, a todo o momento, no funcionamento mental. Porém, se esse medo fosse o tempo todo consciente, as tarefas e afazeres não poderiam ser desempenhados adequadamente, dessa forma, deve ser apropriadamente reprimido para se viver com um mínimo de conforto. Para que a ansiedade ocasionada pela ciência da morte seja suavizada, busca-se sustentar a convicção interna de que se é mais forte do que os perigos que a sociedade pode infligir, e que, assim, a morte não irá acontecer (EIZIRIK; POLANCZYK; EIZIRIK, 2000).

No entanto, nem sempre esse medo da morte e tentativa de negar que, em algum momento, ela aconteceria foi presente. Antigamente, a morte era percebida como algo natural, bastante simples; os homens compreendiam que iam morrer, seja porque foram avisados ou porque intuía. Morriam em suas casas, em suas camas, rodeados de familiares e amigos, dispendo de suas últimas vontades e dando suas últimas ordens. Chegavam ao final de suas vidas vivendo com qualidade, humanamente; os doentes possuíam consciência de sua morte, eram preparados para esse momento, nada era escondido. Assim, superavam sofrimentos sabendo que o fim de sua peregrinação se aproximava; a morte era percebida como natural. Contudo, atualmente, a morte não é mais familiar, simples ou natural; desde meados do século XX, ela passou a ser mascarada, escondida, entendida como um tabu, inaceitável e sem sentido, sendo chamada, então, de morte interdita (ARIÈS 1977; CHIAVENATO, 1998; HENNEZEL, 2006). Hoje, a morte é algo proibido, todos buscam ignorar a sua existência. Ela passou a ocorrer muito mais em hospitais, é escondida das pessoas, isolada dos familiares, pois não se deseja que a morte do outro provoque uma reflexão sobre a sua própria morte (STARZEWSKI; ROLIM; MORRONE, 2005).

Quando se trata da morte em consequência de suicídios, esses tabus, tentativas de ignorar sua existência, parecem ainda maiores. Se, nos dias de hoje, parar para pensar e discutir sobre a morte pode ser difícil e, muitas vezes, desconfortável, quando se trata de suicídios, não é diferente. Assim, na sequência, apresenta-se um breve histórico acerca do suicídio.

## 2.2 SUICÍDIO: BREVE RETOMADA HISTÓRICA

O medo dos mortos sempre existiu, bem como o medo de que estes pudessem voltar para assombrar os vivos, principalmente quando a morte era em decorrência de suicídio. Para se proteger desses mortos, os povos primitivos elaboravam complexos sistemas de tabus e rituais (BOTEGA, 2015). Muitos eram os motivos que levavam os indivíduos ao suicídio, entre eles: fuga da escravidão, desonra, idade avançada, reação a perdas afetivas e vingança. Em algumas comunidades nômades, suicídios de idosos ocorriam como um ritual: o indivíduo idoso se matava como um ato de honra e altruísmo, com o objetivo de não se tornar um fardo para seu povo (BOTEGA, 2015).

As taxas de suicídio tenderam a aumentar a partir do encontro dos povos primitivos com a civilização. Sob a condição de escravidão, o mecanismo psíquico de autopreservação invertia-se e acabava dando fim ao sofrimento de uma nação. A partir de um ponto de vista psicológico, o homem primitivo alcançava, por meio do suicídio, uma imortalidade fantasiosamente gloriosa (BOTEGA, 2015).

Em comparação aos povos primitivos, que possuem uma organização social menos complexa e nível tecnológico menos desenvolvido do que as sociedades chamadas civilizadas, os antigos gregos foram tolerantes no que diz respeito ao suicídio. A discussão filosófica foi equilibrada e desapassionada em relação ao ato suicida, esvaziada de terrores primitivos. Porém, não seria tolerado o ato se parecesse como um desrespeito para com os deuses. Em casos como esses, as honras da sepultura eram proibidas e a mão do cadáver decepada e enterrada à parte do corpo. Os suicídios passaram a ser percebidos e relatados de forma natural, e com um caráter heroico (BOTEGA, 2015).

Para os antigos romanos, o suicídio não era objeto de ações legais nem uma ofensa moral. Para eles, a partir de uma escolha cautelosa, o suicídio poderia ser validado com base nos princípios pelos quais havia se vivido. A partir do século V, foi retirado, pelo Estado romano totalitário, o direito do indivíduo comum de dispor da própria vida (BOTEGA, 2015).

Já na Idade Média, de acordo com alguns costumes, o cadáver de um suicida só passaria pela janela ou um buraco na parede, mas não pela porta. Os enterros eram feitos ou em uma encruzilhada ou na estrada, não podendo ser realizados em cemitérios, e, em alguns locais, eram pendurados em uma forca de cabeça para baixo após terem sido arrastados por um cavalo. Nesse período, a legislação civil, acrescentou penas materiais às penas religiosas já existentes na época. Os bens do suicida eram confiscados, ele era responsabilizado por seu ato e sua família era privada da herança (BOTEGA, 2015).

No século XVII, o suicídio passou a ser percebido como dilema humano, e as interdições tradicionais sobre a morte voluntária eram desafiadas. Naquela época, o termo suicídio, derivado do latim (*sui* = de si próprio; *caedere* = matar), apareceu, pela primeira vez, em textos ingleses, pois, até então, falava-se apenas em homicídio de si próprio (BOTEGA, 2015).

Finalmente, no século XIX, com mudanças oriundas da Revolução Industrial, estimulou-se o estudo dos processos de transformação social, e a obra *O suicídio*, de Emile Durkheim (1897/2000), deslocou o foco que, antes, estava no indivíduo para a sociedade, sua moral e problemas sociais. A partir do século XX, o número de pesquisas e estudos acerca do suicídio cresceu nas áreas da estatística, das humanas, da bioética e das neurociências. Nos tempos modernos, o julgamento moral e as penalidades legais e religiosas sobre o suicídio abriram espaço para a constatação de um problema científico. Para o Durkheim (ibid.), isso não quer dizer que agora se pode dar conta da complexidade que é o fenômeno do suicídio, no entanto, é importante refletir o que pode estar faltando ou sendo esquecido no momento em que se perde o sentido moral e dramático de um ato (BOTEGA, 2015).

Atualmente, percebe-se diluída a responsabilidade pelo suicídio em uma rede de influências que consolidaram, desde o século XVII, um novo “olhar” diante do indivíduo, antes, pecador e, agora, vítima. Principalmente nos meios de comunicação, o significado dramático e pessoal do suicídio foi se perdendo. As novas tecnologias, como a internet, por exemplo, por meio de redes sociais virtuais, acabam reativando fantasias e tradições arcaicas armazenadas nas mentes dos indivíduos sobre o suicídio, associadas à imortalidade, morte gloriosa ou à vingança. No entanto, na rapidez da internet e em sua volatilidade, a realidade dramática e o real sofrimento de um suicídio, muitas vezes, dissipam-se em uma rede de pessoas não vinculadas afetivamente (BOTEGA, 2015).

No final dos anos sessenta, a Organização das Nações Unidas (ONU) passou a definir o comportamento suicida como sendo um fenômeno transacional que se desenvolve por complexas trajetórias, no entanto, identificáveis, além de ser multifatorial e multideterminado. Assim, principalmente a partir dos anos noventa, o suicídio passou a ser percebido também como um problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a lançar, com periodicidade, documentos com dados estatísticos do crescimento do número de casos de suicídio e estudos científicos relacionando o suicídio a alguns transtornos mentais (BOTEGA, 2015).

No ano de 2008, o *Mental Health Gap Action Programme*, com base em evidências científicas, disponibilizou orientações técnicas com o objetivo de transformar o suicídio em uma prioridade na agenda da saúde pública mundial. Mais tarde, por meio do *Mental Health*

*Action Plan 2013-2020* (WHO, 2013), os membros dessa instituição comprometeram-se a diminuir 10% do número de suicídios até 2020. Devido a esse número cada vez maior de casos de suicídio e ao incentivo da OMS, 28 países decidiram implantar planos nacionais de prevenção de suicídio. No caso do Brasil, foram publicadas diretrizes gerais, que não se constituíram em um plano nacional com ações estratégicas para prevenção. A partir do ano de 2003, a OMS, em parceria com a Associação Internacional de Prevenção do Suicídio (IASP), passou a comemorar o dia 10 de setembro como o dia mundial de prevenção de suicídio, com material pedagógico e publicação de dados epidemiológicos à disposição na internet (BOTEGA, 2015).

Pôde-se perceber, ao longo dos anos, os diferentes espaços ocupados pelo suicídio até, atualmente, ser considerado um problema de saúde pública. Embora ainda obscurecido por vergonha e estigmas, é necessário pensar sobre esse fenômeno, que se mostra bastante presente. Desse modo, o próximo tópico discorrerá sobre dados estatísticos do suicídio, tentativas de suicídio e tipos de suicídio.

### 2.3 SUICÍDIO: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Dentre os problemas sociais que provocam impacto na saúde pública mundial, encontra-se a violência autoinfligida. O suicídio, assim como, a ideação suicida – que se caracteriza por diferentes graus de intensidade do pensamento em tirar a própria vida –, é considerado uma violência autoinfligida (BRASIL, 2005). É considerado, além de um ato violento contra si próprio, como um ato decidido, iniciado e finalizado por uma pessoa com absoluto conhecimento ou expectativa de um resultado fatal (KRUG et al., 2002). Apresenta uma situação com diversos fatores interligados e relacionados, que variam conforme o momento histórico, a cultura e o grupo social, sendo considerado, em muitas sociedades, um tema tabu (MENEGHEL et al., 2004).

De acordo com informações da OMS, no ano de 2012, estimou-se que, aproximadamente, 800 mil indivíduos cometeram suicídio, representando em torno de 14,5 em cada cem mil sujeitos nos países que notificam esse evento. Isso representa um suicídio, em algum lugar do mundo, a cada 45 segundos (BOTEGA, 2015). As taxas de suicídio vêm crescendo tanto no mundo quanto no Brasil, sendo que, de 1991 a 2000, foi representado um aumento de 7,8 nas taxas de suicídios brasileiros. Essas taxas diferem da realidade de outros países, visto que, no Brasil, não são tão significativas se comparadas a determinados países da América do Norte e à Europa. Porém, algumas cidades do país têm demonstrado maiores

números de casos de suicídio nos últimos anos, da mesma forma que têm crescido as taxas na população masculina jovem do país. Casos de tentativas de suicídio demandam atendimentos, cuidados e acompanhamentos médicos e psicológicos (BRASIL, 2005). No Brasil, somente no ano de 2008, foram registrados os suicídios de 9.090 pessoas, o que equivale a uma morte por hora, constituindo-se, assim, uma grande preocupação na área da saúde, já que vem se revelando como uma das maiores causas de mortalidade em nível mundial (BRASIL, 2005).

Conforme o Ministério da Saúde (2012), em 2011, o estado do Rio Grande do Sul foi o que apresentou maior taxa de mortalidade específica para suicídio, com 9,7 em um total de cem mil habitantes; o estado de Santa Catarina, terceiro lugar nacional, possui 8,2; e, Paraná, 5,6. Em relação ao número de óbitos para suicídio, o Rio Grande do Sul encontra-se em terceiro colocado, atrás de São Paulo e Minas Gerais, respectivamente, com um número de 1.034 óbitos em 2011. No que diz respeito à capital gaúcha, no ano de 1991, Porto Alegre registrou um índice de suicídios de 4,0 por cem mil habitantes, já em 2000, esse percentual subiu para 7,1 por cem mil habitantes, o que a colocou em terceiro lugar nas taxas de mortalidade por suicídios em capitais do país; já no ano de 2011, a taxa foi de 5,9 por cem mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Kovács (2013) aponta que dados da OMS informam que, em 2020, poderá haver 1,53 milhão de casos de suicídios, índice maior, inclusive, do que guerras e acidentes de trânsito. No entanto, é importante ressaltar que dados estatísticos, algumas vezes, podem não representar a realidade de determinada situação, visto que mortes por consequência de comportamentos autodestrutivos e acidentes não são calculados como suicídio, sendo uma maneira de proteger a memória do falecido e também a culpa ou vergonha dos familiares (BENINCASA; REZENDE, 2006).

Como mencionado, o suicídio é um ato de violência autoinfligida, que se refere às variadas formas de automutilação e aos comportamentos suicidas. No que concerne aos comportamentos suicidas, encontram-se: o suicídio fatal, que constitui no ato de tirar a vida de maneira intencional; a tentativa de suicídio ou comportamento suicida não fatal, que compreende os atos de sujeitos que possuíam a intenção de se matar, mas não chegaram a óbito; e a ideação suicida, que se relaciona ao pensamento em se matar em diferentes graus de intensidade (BRASIL, 2005). A ideação suicida abrange pensamentos, ideias, desejos e planejamento do sujeito em tirar a própria vida (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005).

Importante salientar que, muitas vezes, processos autodestrutivos são inconscientes e acabam não sendo considerados como um ato de suicídio, porém, podem levar à morte. Não

são considerados e calculados em taxas de suicídios casos em que os indivíduos possuem intenção de se suicidar, porém, não chegam à morte (KOVÁCS, 2013).

Daolio (2012) aponta alguns subtipos de suicidas e salienta a importância de que estes não sejam considerados como os únicos suicidas. Dentre eles, há os suicidas desesperados, que se assinalam pela falta de tolerância e esperança em situações vividas pelo sujeito, sendo o meio de fuga percebido como possibilidade única; os suicidas psicóticos experimentam alucinações, por exemplo, os esquizofrênicos; os suicidas racionais, na maioria das vezes, apresentam sofrimento com uma doença terminal, crônica ou progressiva, e o alívio dos sintomas físicos e incapacitantes seriam seus principais motivadores para o ato; já os suicidas histriônicos, compulsivos ou manipuladores possuem como maior incentivo e motivação o desejo de vingança ou de atenção.

Em relação a sujeitos com ideações e tentativas de suicídio, destacam-se as seguintes fantasias: busca por outra vida; reencontro com a pessoa amada, querida, por exemplo, mortes após viuvez; autopunição, relacionada à experiência de culpa; vingança e punição, como maneiras de castigar pessoas próximas; e pedido de ajuda, uma forma de comunicação do que não pode ser expresso. Fantasias de indivíduos com tentativas ou ideações suicidas devem demandar bastante atenção e ser consideradas importantes para que a compreensão de todo o processo vivido possa, futuramente, trazer benefícios a esses sujeitos (KOVÁCS, 2013).

Kovács (2003) destaca três diferentes tipos de suicídio: o suicídio, ação que o indivíduo realiza contra si próprio e que tem como resultado a morte; o suicídio assistido, quando, a pedido do paciente, há ajuda para a realização do suicídio (destaca-se que essa situação é considerada crime do ponto de vista legal); e o suicídio passivo, bastante difícil de ser comprovado, ocorrendo quando se deixa de fazer alguma ação que pode resultar em morte, por exemplo, a não ingestão de algum medicamento.

A existência de apenas uma causa para o suicídio não existe, não há como realizar a determinação de apenas um fator que leve os sujeitos a cometerem atos suicidas. Esse fenômeno envolve e resulta da inter-relação de diversos aspectos, de ordem cultural, social, ambiental, psicológica, biológica, e política adquiridos e experienciados ao longo da vida (KOVÁCS, 2013).

Atos de agressão contra si mesmo acabam gerando um alto número de mortes, além de variados problemas de saúde e também, muitas vezes, incapacitações físicas quando os sujeitos sobrevivem à tentativa de suicídio. Perante esses problemas, cada vez mais são demandados cuidados de médicos, psicólogos, enfermeiros, entre outros profissionais da saúde, e, conseqüentemente, forte impacto nos serviços de saúde. São perceptíveis o desconforto e o



sofrimento que atingem tanto familiares e pessoas próximas do suicida quanto profissionais de saúde que lidam com esses casos.

Acreditando-se que profissionais da saúde foram formados para salvarem vidas, muitas vezes, podem captar o lado agressivo do suicídio e senti-lo como ataque. A partir do momento em que um sujeito não deseja mais viver, tentando, por atos violentos, terminar com sua própria vida, os profissionais se sentem confusos, pois os princípios de sua profissão são questionados e confrontados (KOVÁCS, 2013). No entanto, quando esses suicídios são realizados pelos próprios profissionais da saúde questiona-se o que pode ter ocasionado isso e como esses profissionais reagem diante da morte do colega que realizou um ato de violência a si mesmo, culminando em sua morte. Dessa maneira, busca-se, na subseção seguinte, discorrer sobre questões relacionadas aos profissionais da medicina e o suicídio.

#### 2.4 O SUICÍDIO ENTRE MÉDICOS

As instituições de saúde, principalmente os hospitais, constituem locais de trabalho por natureza estressantes, apresentando características de organização relacionadas ao estresse, como heterogeneidade do pessoal, interdependência de responsabilidades e múltiplos níveis de autoridade. Outro ponto vem sendo ligado às profissões da saúde para explicar seu nível alto de estresse, que se refere às exigências de contato sociais próprias desses profissionais. Alude-se que responsabilidades por pessoas sejam mais estressantes do que por coisas, e, entre estas, as mais consideráveis remetem aos pacientes, seus familiares, o pessoal administrativo e a equipe de trabalho (MCINTYRE, 1994). Médicos necessitam lidar com expectativas dos pacientes, de seus familiares, colegas e superiores, as quais nem sempre possuem a mesma tendência e podem entrar em conflito com suas atitudes pessoais.

Apesar de muitos profissionais escolherem sua profissão impulsionados pela vontade e desejo de ajudar o outro, o contato com o paciente doente pode ser uma fonte de estresse que possui características particularmente difíceis e que sobrecarrega mais do que em outras profissões. McCue (1982) analisou o que o estresse do contato com o paciente doente significa para médicos, ressaltando questões associadas com o sofrimento do doente, o contato com a morte e a incerteza do conhecimento médico. Espera-se que profissionais da saúde estejam treinados e preparados para lidar com a doença, no entanto, quando é preciso enfrentar o sofrimento, eles apresentam, muitas vezes, dificuldades.

McCue (1982), após uma revisão de literatura, aponta que a toxicodependência é comum nos estudantes americanos de medicina, sendo de 30 a 100 vezes mais comum nos

médicos do que na população geral. Nos médicos em internato (dois últimos anos da formação acadêmica), um terço apresenta episódios frequentes de depressão e 25% têm ideação suicida.

O afastamento e a menor disponibilidade para a família são consequências inevitáveis da sobrecarga de trabalho e dos horários pesados das ocupações da área da saúde. A exigência social de que o médico seja sempre médico, inclusive fora da instituição de saúde, contribui para um isolamento emocional e para a fadiga ocupacional. Esses dados são sugestivos de que esse sofrimento se faz sentir nos níveis físico, emocional e social, e se originam de aspectos organizacionais, como a sobrecarga de trabalho e socioemocionais, como o lidar com as exigências emocionais de pacientes (MCINTYRE, 1994).

Trabalhar diariamente com a presença iminente da morte pode ser bastante problemático para profissionais da saúde, pois ameaça o seu papel profissional e social de lutar por preservar a vida. A imagem de que, principalmente, o médico é forte e corajoso e que está acostumado a lidar com a morte de pessoas cria uma barreira de dureza nesses profissionais, que, muitas vezes, acabam sofrendo em silêncio e buscando alternativas violentas para lidar com seu sofrimento. Martins (1991), em estudo realizado no Brasil, ressaltava alguns fatores estressantes associados ao exercício profissional: sobrecarga horária, privação de sono, comportamento idealizado; contato com a morte e com o morrer; lidar com pacientes difíceis e incertezas e limitações do conhecimento médico.

Destaca-se o papel das instituições de ensino na área da saúde, principalmente nos cursos de medicina, em relação à morte. É preciso uma formação teórica e prática de seus alunos para lidar com situações de sofrimento, perdas e morte. Muitas faculdades, imersas no contexto da morte invertida, denominada, por Ariès (1990), como uma inversão nas características da morte, nas quais ela precisa passar despercebida, não sendo compreendida como algo natural do ser vivo, e sim, um fracasso, contribuem para que alunos e futuros profissionais possuam a sensação de “luta perdida” (DUARTE; ALMEIDA; POPIM, 2015). É importante se voltar atenção para o fato de profissionais médicos constantemente lidarem com a morte pela sua negação, o que favorece comportamentos distantes e dessensibilizados para tratar com o humano em situações de sofrimento e morte. Isso origina imenso sofrimento psíquico para os profissionais.

O isolamento de sentimentos e emoções é uma forma que a medicina encontrou para fazer frente às dificuldades da profissão, incluindo estar diariamente em contato com a morte, mas, paradoxalmente, não estar preparado para lidar com ela. A negação da morte coloca o médico em uma posição de onipotência imaginária, que o protegeria dos seus medos e ansiedades perante a morte (QUINTANA; CECIM; HENN, 2002).

O suicídio é uma situação bastante dramática e resultante de alteração tanto no conteúdo do pensamento quanto na conduta. É, muitas vezes, a maneira encontrada para o alívio do sofrimento, do sentimento de desesperança, do desamparo, dos conflitos pessoais ou interpessoais e do estresse (VIANA et al., 2008).

Entre as razões para o alto número de suicídios entre a classe médica, encontram-se: tendência à negação ao estresse de natureza pessoal; tendência a negar desconforto psicológico; acobertamento de ideias suicidas; fechamento para intervenções terapêuticas eficazes, construindo esquemas defensivos; negligência de familiares e amigos pelo fato de ser médico e estar subentendido que deveria saber cuidar de si; acesso fácil a meios de suicídio (MELEIRO, 1998).

O médico passa a possuir familiaridade com a morte e facilidade do meio ao seu alcance, passa a adotar o suicídio como uma maneira direta e efetiva de eliminar seus problemas. De acordo com Richings, Khara e Mc Dowell (1986), verifica-se que, em toda parte do mundo, a taxa de suicídio na população médica é superior à da população geral. Colegas próximos de médicos que cometeram suicídio referem mudança no comportamento e aumento de indecisão, desorganização e depressão por dois ou quatro meses anteriores ao ato suicida da mesma maneira que na população geral.

Sakinifsky (1980), em estudo realizado em Londres, aponta como fatores relevantes para a consumação do suicídio o conhecimento farmacológico que médicos possuem, tornando qualquer tentativa de suicídio altamente letal. Aponta, também, o uso abusivo de drogas e álcool nessa população, confirmado pelo elevado índice de cirrose entre médicos ingleses e do País de Gales.

Diferentes estudos sugerem que determinadas especialidades médicas podem aumentar a taxa de suicídio: anestesistas, psiquiatras, oftalmologistas e patologistas são mencionados como os mais vulneráveis (HARRINGTON; SHANNON, 1975; HELLIWELL, 1983; WATERSON, 1976). Os altos índices de suicídio entre psiquiatras estariam relacionados à sua atuação, que, após ter longo e difícil treinamento médico para doenças físicas durante a graduação e especialização, têm quase exigido um recomeço em um campo no qual as expectativas, demandas e imposições sociais são muito maiores (AGARIE; LOPES; CORDÁS, 1983). Já as altas taxas entre anestesistas, comparada a outras especialidades, associa-se à facilidade de acesso a drogas letais nessa área.

Em toda parte do mundo, os números de suicídio na população médica é superior à da população geral. Apesar de não existir um banco de dados nacional sobre tentativas de suicídio

e suicídio, foi indicado, em levantamento epidemiológico, que a população médica brasileira possui taxas superiores à da população geral (MELEIRO, 2013).

Ressalta-se que estudos demonstram que cerca de dois terços dos indivíduos que se suicidam comunicaram suas intenções previamente para a família, amigos ou médicos. Isso indica a importância de espaços onde se possa falar sobre suicídio e um suporte adequado, que seja receptivo e facilite a busca de ajuda preventiva. Em relação a grupos de pessoas com trauma de colegas de equipe que se suicidaram, não foram encontradas publicações. O suicídio pode provocar reações de choque e sentimentos contraditórios; a intensidade e a natureza das emoções podem provocar e limitar as suas expressões conscientes.

Assim sendo, tornam-se claras a relevância e a importância de estudos a respeito dessa temática. Werlang, Macedo e Kruger (2004) assinalam que o comportamento suicida, independentemente do aspecto pelo qual é avaliado, apresenta uma dimensão fundamental relacionada ao sofrimento. Esse sentimento pode ser o que leva o sujeito ao ato suicida, além de gerar sofrimento de familiares perante o suicídio de um de seus membros ou ainda devido às consequências sociais que esse ato pode provocar.

Dessa forma, salienta-se a pertinência desta pesquisa enquanto contribuição para a compreensão dessa problemática. De forma extensiva, foram promovidos espaços de fala e reflexão desses profissionais médicos sobre algo presente em seu dia a dia, mas que, muitas vezes, devido a fatores como a correria de suas obrigações, acabam não vivenciando essa reflexão. Na pesquisa, pretendeu-se investigar percepções de médicos em relação ao suicídio realizado por seus colegas de profissão.

## 2.5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 2.5.1 Delineamento do estudo

Para que os objetivos da presente pesquisa fossem alcançados, foi realizado um estudo de caráter exploratório de cunho qualitativo. O estudo foi exploratório, pois teve como intenção desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias (GIL, 2010). Nesse sentido, buscou proporcionar uma visão mais ampla a respeito do suicídio cometido por médicos.

Percebeu-se como mais adequada para a presente pesquisa a abordagem qualitativa, visto que possui um interesse pelos sentidos e significações dos fenômenos, sentimentos e percepções atribuídas pelos indivíduos acerca de fenômenos e não somente importando o fenômeno em si (TURATO, 2011). Minayo (2010) assinala a pesquisa qualitativa como uma

possibilidade de conhecer e entender a cultura, história e representações de um grupo sobre determinado assunto a partir de suas percepções, reflexões e relações entre indivíduos.

No que se refere ao foco, a pesquisa qualitativa é multimetodológica, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto, ou seja, os pesquisadores qualitativos estudam as “coisas” (pessoas, comunidades) em seu *setting* natural, buscando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos dos significados que as pessoas lhes trazem (TURATO, 2000). Salienta-se que, para o pesquisador qualitativo, somente fatos (dados) não são suficientes, é necessário utilizar a imaginação (interpretação) para entender o que eles querem dizer para os indivíduos e para a cultura (TURATO, 2011).

O método de pesquisa clínico-qualitativo é um estudo teórico e um emprego em investigações, de métodos científicos, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os significados e sentidos atribuídos aos fenômenos e relacionados à vida dos indivíduos. Estes podem ser um paciente ou qualquer outra pessoa participante do *setting* de cuidados com a saúde (equipe de profissionais, comunidade, família). Assim, compreende-se esse método como o mais adequado para a realização deste estudo, pois essa abordagem vai ao encontro dos objetivos da pesquisa e também ao público participante (TURATO, 2000). Nessa abordagem, o pesquisador é movido a uma atitude de acolhimento das ansiedades e angústias dos sujeitos estudados, com a pesquisa acontecendo em *settings* de saúde e se mostrando útil nos casos em que os fenômenos tenham estruturação complexa por serem de aspetos pessoais e íntimos ou de verbalização emocionalmente difícil.

Assim, a investigação qualitativa busca obter um enquadramento da relação face a face, valorizando as trocas afetivas mobilizadas na interação pessoal e escutando a fala do sujeito com foco ligado à saúde/doença, às equipes de saúde, aos processos terapêuticos. Esse método requer atitudes fundamentais de abertura, flexibilidade, capacidade de observação e interação com os sujeitos envolvidos e interpretação.

### **2.5.2 Participantes**

Participaram do estudo profissionais médicos de diferentes especialidades, dentre elas: ortopedia e traumatologia, clínica médica, oncologia pediátrica, nefrologia, medicina intensiva, endocrinologia, infectologia e cirurgia vascular. Todos os participantes, de ambos os sexos, trabalhavam no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), e alguns desempenhavam atividades profissionais em outros locais, incluindo consultórios particulares e outros hospitais. A idade dos participantes foi entre 34 e 57 anos. Dentre os profissionais convidados a participar

da pesquisa, três se recusaram, justificando falta de tempo para a realização da entrevista; são profissionais das especialidades: cardiologia, psiquiatria e infectologia. Apesar de a pesquisadora oferecer diferentes dias e horários para a realização das entrevistas, os profissionais permaneceram alegando não ter tempo. Questiona-se o motivo desses participantes se mostrarem tão irredutíveis: seria medo de possíveis angústias que o assunto suicídio poderia gerar? Seria por acreditarem não possuir conhecimentos sobre o assunto? Devido ao fato de a pesquisa dizer respeito ao suicídio realizado por seus colegas, e isso, de alguma maneira, causar incômodo por perceber ser algo tão próximo a eles?

Os participantes da pesquisa foram contatados pelo método “bola de neve”, que consiste em uma forma de amostra não probabilística que utiliza cadeias de referência. Esse método se mostra útil para pesquisar grupos difíceis de serem acessados ou estudados. Além disso, esse tipo específico de amostragem também é favorável para estudar questões delicadas, necessitando do conhecimento de pessoas pertencentes a um grupo ou reconhecidos por estas para localizar informantes para o estudo (VINUTO, 2014). Inicialmente, têm-se informantes-chaves, nomeados como sementes, com o objetivo de localizar outras pessoas com os critérios necessários para a pesquisa. Dessa maneira, as sementes auxiliam o pesquisador iniciar seus contatos; na sequência, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, e assim sucessivamente. Eventualmente, o quadro de amostragem torna-se saturado, não havendo novos nomes sugeridos ou os nomes encontrados não trazem informações relevantes à análise (VINUTO, 2014).

Realizou-se uma primeira entrevista com um profissional, que a pesquisadora identificou devido a sua vivência pessoal como Psicóloga Residente no HUSM, sabendo que ele havia tido um colega que cometera suicídio. Esse primeiro entrevistado indicou um novo participante e assim por diante. Dessa maneira, num processo de repetição de tal procedimento, foram acessados todos os entrevistados, formando-se uma rede.

Foram realizadas nove entrevistas, número delimitado pelo critério de saturação. Conforme essa ferramenta, a conclusão da amostra é definida com a interrupção de novos entrevistados a partir do momento em que os dados coletados começam a se tornar repetitivos e não se identificam novas significações. Compreendeu-se que informações vindas de um número que ultrapassasse a saturação da amostra não acrescentariam significativamente ao estudo, pois repetiria elementos já expressos, sendo assim, a pesquisadora decidiu encerrar sua amostra (FONTANELLA et al., 2011; MORAES, 2003).

No Quadro 1, descrevem-se algumas características dos participantes, não sendo especificada a especialidade de cada sujeito como forma de manter a confidencialidade e não identificar os profissionais.

Quadro 1 – Gênero e tempo de formação dos participantes

Participante	Sexo	Tempo de Formação
M1	Masculino	34 anos
M2	Feminino	21 anos
M3	Feminino	33 anos
M4	Feminino	21 anos
M5	Feminino	09 anos
M6	Masculino	14 anos
M7	Masculino	23 anos
M8	Masculino	20 anos
M9	Masculino	09 anos

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2017).

### 2.5.3 Instrumentos

Escolheu-se utilizar, para a coleta de dados, entrevistas semidirigidas, que foram realizadas individualmente com os participantes. Esse tipo de entrevista se caracteriza por conter eixos norteadores (Apêndice A) a respeito dos objetivos do estudo (TURATO, 2011).

A entrevista é uma forma de coletar dados e informações sobre o assunto de interesse do entrevistador ou de um grupo de pessoas. Para além da mera coleta de dados, a entrevista pode ser descrita como uma investigação na qual o pesquisador acaba interagindo socialmente no momento em que se insere no contexto social correspondente ao tema da entrevista (GIL, 2010). A partir da fala dos participantes na entrevista, é possível ter acesso a normas, símbolos, valores e representações de grupos sobre determinados fenômenos (MINAYO, 2010).

Conforme Turato (2011), a entrevista se caracteriza por facilitar a compreensão de diversos fenômenos, de elementos de identificação tanto da totalidade do entrevistado como, de certa maneira, do entrevistador, sendo um instrumento de conhecimento interpessoal. No que diz respeito à entrevista semidirigida, esta não possui questões fechadas, o que possibilita que diferentes temas possam surgir a partir de um roteiro norteador. Entrevistado e entrevistador indo ao encontro dos objetivos da pesquisa podem direcionar, de alguma maneira, a interação. O entrevistado poderá falar com livre associação de ideias, gerando maior flexibilidade ao

entrevistador para que se admita um percurso diferente do inicialmente planejado. Ela permite, ao entrevistado, falar sobre um tópico antes de ser mencionado e possibilita que novos tópicos apareçam, quando questões não previstas são trazidas pelos participantes e, então, consideradas importantes e de valor para o estudo (TURATO, 2011).

Na utilização do método de pesquisa qualitativo, realizado no *setting* dos cuidados com a saúde, é indispensável, ao entrevistador, acolher os entrevistados em uma atitude clínica, valorizando a existência de angústias e ansiedades, demonstrando isso como um item fundamental de mobilização do interesse do entrevistador. É importante que as angústias e ansiedades presentes na fala e no comportamento sejam acolhidas pelo entrevistador. Sensibilidade e disponibilidade são características necessárias ao entrevistador para a realização da entrevista clínica (TURATO, 2000).

As entrevistas foram, na sua maioria (sete), realizadas no HUSM; uma foi feita na residência do participante e outra no consultório do entrevistado, totalizando nove entrevistas. O material foi coletado por meio de gravação em áudio conforme concordância dos participantes e ficará armazenado com segurança (por um período de cinco anos), sob a responsabilidade da pesquisadora e também do professor orientador da pesquisa Alberto Manuel Quintana, permanecendo guardado na Avenida Roraima, prédio 74B, sala 3212A, Santa Maria – RS, CEP: 97105-340. Após esse período, os dados serão destruídos. A fim de manter o sigilo das informações prestadas, as identificações dos participantes neste trabalho foram trocadas pela letra “M”, garantindo a confidencialidade dos entrevistados (Apêndice B).

#### **2.5.4 Coleta de dados**

Após ter sido aprovado pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUSM, recebido avaliação e liberação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, o projeto que originou esta dissertação teve início com sua coleta de dados. Foram realizados os contatos com os participantes com o propósito de explicar os objetivos do estudo, assim como a importância de sua participação, acordando-se o dia e horário para a realização da entrevista. Importante ressaltar que as combinações de dias e horários foram difíceis devido à agenda ocupada dos profissionais, havendo alguns cancelamentos e também necessidade, muitas vezes, de fazer remarcações das entrevistas. Questiona-se se essa dificuldade está relacionada somente ao fato de uma agenda bastante ocupada ou se a temática da pesquisa possa ter influenciado, já que trata sobre suicídio – tema difícil de ser discutido pela população geral – entre médicos, e



necessariamente, os profissionais iriam se deparar com um assunto muito próximo a eles, relacionado às atividades profissionais cotidianas.

### **2.5.5 Análise dos dados**

Com o propósito de analisar os dados obtidos, as entrevistas foram transcritas na íntegra para uma melhor visualização das falas, bem como de sua relevância e repetição. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo proposta por Bardin (2010). Por meio desse método, bastante utilizado em pesquisas qualitativas, é possível que surjam tanto conteúdos manifestos quanto conteúdos latentes (MINAYO, 2010).

Três fases para a execução da análise são fundamentais, sendo elas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Durante a pré-análise, o material analisado é organizado e são realizadas leituras flutuantes, buscando-se a percepção do que não foi falado. A exploração do material diz respeito à aplicação do que foi definido na primeira fase, sendo a fase mais longa das três. Nessa etapa, são realizadas as categorizações e subcategorizações, destacando-se a repetição e a relevância de pontos apresentados na transcrição da fala dos entrevistados. No que se refere à repetição, deve-se buscar o que existe de comum nos registros dos diversos entrevistados, e no que diz respeito à relevância, são importantes os pontos significativos de conteúdo, não necessariamente se repetindo. Por fim, na etapa do tratamento dos resultados obtidos e interpretação, detém-se em descobrir o conteúdo além do que está sendo manifestado (BARDIN, 2010; TURATO, 2011).

### **2.5.6 Aspectos éticos**

A presente pesquisa somente foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética da UFSM (Anexo A), sob o número do CAAE: 53310215.3.0000.5346 e da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUSM (Anexo B). Para a realização das entrevistas, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), lido e assinado pelos sujeitos participantes antes da aplicação do instrumento. Nesse TCLE, foram expostos os objetivos da pesquisa e a forma como ela iria ser realizada juntamente com suas possíveis consequências e também que uso seria feito das informações coletadas. Esse consentimento foi exposto, esclarecendo-se aspectos sobre a privacidade e o sigilo da identidade, deixando claro que a participação era voluntária, sem nenhum tipo de gratificação, bem a possibilidade de

desvinculação imediata da participação no estudo caso houvesse algum desconforto por parte do participante.

Os participantes foram amparados conforme as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012) e a Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), respeitando-se os quatro princípios básicos referentes à ética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 2012).

Em relação aos benefícios do estudo, embora não houvesse benefícios diretos aos participantes, acredita-se que eles poderiam desejar participar e colaborar para dados importantes, contribuindo para a produção de conhecimento científico sobre a temática, que ainda apresenta algumas resistências em ser investigada. Entende-se, ainda, que a pesquisa pode possibilitar um espaço de escuta e reflexões a esses profissionais, que, muitas vezes, podem não possuir esse espaço.

O seguinte estudo apresentou riscos mínimos em função dos seus objetivos e da metodologia escolhida. No entanto, os participantes poderiam lembrar-se de situações vivenciadas com colegas próximos de profissão e, ao comentarem sobre elas, demonstrar desconforto; dessa forma, seria novamente falado sobre a possibilidade de desistência da participação no estudo, finalização da entrevista ou ainda uma postura da entrevistadora no sentido de buscar minimizar a possível angústia demonstrada pelo participante. Se a pesquisadora considerasse necessário, os participantes poderiam ser encaminhados para atendimento psicológico, gratuito, na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia, da UFSM. Importante ressaltar que não houve necessidade de tais procedimentos. Cabe mencionar que será realizada uma devolução aos participantes da pesquisa, que provavelmente será pensada juntamente com a instituição hospitalar.

### **3 ARTIGO 1 – O SUICÍDIO ENTRE MÉDICOS PELA PERCEPÇÃO DE COLEGAS DE PROFISSÃO**

**Resumo:** O presente estudo objetivou investigar o que pensam profissionais médicos a respeito do suicídio cometido por seus colegas. Para tanto, foi realizada uma pesquisa exploratória de cunho qualitativo. Participaram da pesquisa médicos de diferentes especialidades atuantes em um hospital público do Rio Grande do Sul, totalizando o número de nove sujeitos. Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semidirigidas. As entrevistas foram transcritas na íntegra e, depois, analisadas pela análise de conteúdo. Os profissionais destacaram a depressão, a síndrome de *burnout*, o uso de álcool e drogas e a automedicação como fatores relacionados à morte de colegas médicos.

**Palavras-chave:** Suicídio; Médicos; Hospital.

**Abstract:** This study aimed to investigate what medical professionals think about the suicide committed by their colleagues. Therefore, an exploratory qualitative research was carried out. The study included physicians from different specialties working in a public hospital in Rio Grande do Sul, totaling the number of nine subjects. Semi-structured interviews were used as instruments of data collection. The interviews were fully transcribed and then analyzed by content analysis. The professionals highlighted depression, burnout syndrome, alcohol and drugs use, as well as self-medication as factors related to the death of their medical colleagues.

**Keywords:** Suicide; Physicians; Hospital.

## Introdução

A morte e os temas relacionados a ela são tabus, e o suicídio é o assunto mais complexo nesse espectro de interdição. Esclarecimentos e comentários simplistas e sem atenção podem levar a enganos e erros; além disso, intervenções rápidas, sem ponderações e reflexões, tendem a causar sofrimento (Kovács, 2013).

O suicídio é um fato social, possui repercussões subjetivas e, caracteriza-se como um importante problema de saúde pública. Conforme a World Health Organization (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002), nos últimos quarenta e cinco anos, as taxas de suicídio aumentaram 60% e representaram a décima terceira causa mundial de morte da população geral. No Brasil, níveis de mortalidade são de três a quatro vezes maiores em indivíduos do sexo masculino e, no período de 2004 a 2010, os coeficientes foram de cinco a seis óbitos para cada cem mil habitantes (Botega et al., 2009; Brzozowski, Soares, Jucemar, Boing, & Peres, 2010; Botega 2015).

O comportamento suicida é um fenômeno complexo, resultado de uma equação complicada composta por muitas variáveis, entre elas, psicológicas, sociais, genéticas e culturais. O suicídio é responsável por cerca de 1.000.000 de mortes por ano em todo o mundo e por causar severos problemas nas esferas individual, familiar e pública (WHO, 2014).

Em meio a esse número crescente de casos de suicídios, encontram-se presentes os profissionais da saúde, principalmente os médicos. Em relação ao risco de suicídio, no que diz respeito às ocupações, médicos destacam-se por demonstrarem taxas de suicídio cinco vezes maiores do que a população em geral. Algumas explicações possíveis, porém, não conclusivas, para esses resultados incluem o conhecimento e acesso a meios letais, estressores específicos da profissão e tendência para a agregação de mais indivíduos com transtornos psiquiátricos na categoria profissional (Botega 2015).

Meleiro (2013) afirma que, apesar de não existir um banco de dados nacional sobre tentativas de suicídio e suicídio, foi indicado por levantamento epidemiológico, que a população médica brasileira possui taxas superiores à da população geral. Estudos que tratam de tentativas de suicídio e suicídio entre médicos têm observado altos níveis de sofrimento psiquiátrico entre as vítimas (Gagné, Moamai, & Bourget, 2011).

A crença e o imaginário de que o médico não adocece se estende para todas as doenças, indo além das doenças mentais. Há uma resistência, por parte da população, em aceitar que as mesmas pessoas às quais confiam sua saúde podem vir a possuir doenças. O que mais estigmatiza, na doença mental, pode ser a capacidade que ela possui de prejudicar a crítica do indivíduo em determinados momentos. Os médicos, inclusive, relutam em procurar ajuda psicológica ou psiquiátrica, temendo ser estigmatizados.

Dessa maneira, com a intenção de conhecer mais sobre a temática, buscou-se investigar o que pensam profissionais médicos a respeito desse ato de findar com a própria vida, cometido por seus colegas.

## **Método**

Neste estudo, foi utilizado um delineamento de caráter exploratório de cunho qualitativo. Entendeu-se como mais apropriada para a presente pesquisa a abordagem qualitativa, visto que, nesse método científico, os pesquisadores estudam pessoas e comunidades em seu setting natural, procurando interpretar fenômenos em termos dos significados trazidos pelos sujeitos (Turato, 2000).

### *Participantes*

Foram incluídos, neste estudo, médicos de ambos os sexos, com idades entre 34 e 57 anos, de distintas especialidades e que desempenhavam atividades profissionais em um hospital público do Rio Grande do Sul. Participaram nove sujeitos, número delimitado pelo critério de saturação. Conforme essa ferramenta, a conclusão da amostra é definida com a interrupção de novos entrevistados, a partir do momento em que os dados coletados começam a se tornar repetitivos e não se identificam novas significações (Moraes, 2003; Fontanella et al., 2011). Os participantes foram identificados pela letra M, acompanhado pelo número referente à ordem da entrevista. Três médicos contatados não se dispuseram a participar da entrevista. O Quadro 1 traz descrições dos sujeitos participantes.

Quadro 1 – Sexo e tempo de formação dos participantes

Participante	Sexo	Tempo de Formação
M1	Masculino	34 anos
M2	Feminino	21 anos
M3	Feminino	33 anos
M4	Feminino	21 anos
M5	Feminino	09 anos
M6	Masculino	14 anos
M7	Masculino	23 anos
M8	Masculino	20 anos
M9	Masculino	09 anos

### *Instrumentos*

Foram utilizadas, no presente estudo, entrevistas semidirigidas, realizadas individualmente com os participantes (Turato, 2011), contendo eixos norteadores a respeito dos objetivos da pesquisa, para que as dúvidas pudessem ser esclarecidas da melhor forma e dando espaço ao entrevistado para que acrescentasse relatos que enriquecessem o trabalho.

Sete entrevistas foram realizadas no hospital em que os participantes trabalhavam, e duas foram feitas em outros locais, sendo a residência e o consultório particular dos participantes. Cabe ressaltar que os locais foram escolhidos pelos sujeitos, de maneira a ficar mais condizente com seus horários e obrigações. O material foi coletado por meio de gravação em áudio conforme concordância dos participantes e posterior transcrição na íntegra para uma melhor visualização das falas, bem como de sua relevância e repetição.

### *Análise dos dados*

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo proposta por Bardin (2010). Esse método consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos na descrição do conteúdo das mensagens. Três fases para a execução da análise são fundamentais, sendo elas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos dados obtidos.

### *Aspectos éticos*

A pesquisa se fundamentou nas Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, Nº 466/12 (Brasil, 2012) e Resolução nº 510/2016 (Brasil, 2016),

do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os quatro princípios básicos referentes à ética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. A coleta dos dados referentes a esse estudo iniciou somente após o projeto de pesquisa ser autorizado pela instituição e aprovado pelo Comitê de Ética dela, sob o número do CAAE: 53310215.3.0000.5346. Todos os participantes receberam esclarecimentos sobre o tema da pesquisa, bem como seus objetivos. Assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **Resultados e discussões**

A seguir, apresentam-se duas categorias que surgiram após a análise dos dados contidos nas entrevistas realizadas, que foram consideradas pertinentes ao tema do estudo.

#### *Possíveis causas de suicídio no meio médico*

Dentre os principais motivos para a alta taxa de suicídio dos profissionais médicos, a psiquiatra Alexandrina Meleiro afirma que estão o acesso a meios mais eficazes de letalidade, isolamento social, situação empregatícia difícil e relacionamento conjugal insatisfatório. A médica afirma que é fácil que o profissional da medicina se sinta frustrado em suas necessidades de realização e reconhecimento. Isso é suficiente para produzir depressão, ansiedade, abuso de álcool e outras substâncias que podem culminar no suicídio (Conselho Federal de Medicina, 2016).

Pelas falas dos participantes, pode-se perceber que eles acreditam que a depressão seja um dos fatores que levaram seus colegas a cometer suicídio.

*A depressão maior, né, eu acho que é um, principalmente quando não tá tratada. (M4)*



*[...] acho que depressão também deve ser bem comum entre médicos assim, e médico é o pior paciente, né (risos), então ou se trata sozinho e se trata mal, né ou não admite que tem depressão. (M5)*

Nas falas, nota-se que os participantes acreditam que a depressão acontece bastante entre os médicos e também relacionam a necessidade de que essa depressão seja tratada e de que o sujeito esteja em acompanhamento. Pode-se entender, sobre esses tratamentos, no momento em que um participante fala “ou se trata sozinho e se trata mal”, como condizente ao uso de medicamentos. Não é mencionada o fato de o tratamento da depressão também levar em conta aspectos psicológicos, sendo o mais indicado, na maioria dos casos, uma combinação de acompanhamento com psiquiatras e psicólogos. No trecho a seguir, pode-se perceber essa questão no momento em que um participante relaciona o suicídio novamente à depressão, sendo ela percebida como algo orgânico, quando fala “até de fator biológico”.

*[...] o outro colega acredito que o fato da depressão mesmo, quer dizer, uma doença né, que leva as pessoas a um adoecimento tão forte que busque o suicídio, então é uma coisa mais de, até de fator biológico. (M8)*

No que se refere à depressão, ela está bastante presente no meio médico. Conforme estimativas, entre 30% a 50% dos médicos sofrem de depressão e mais de 75% dos residentes apresentavam esgotamento profissional (Escribà-Agüir, Artazcoz, & Pérez-Hoyos, 2008; Brown, Goske, & Johnson, 2009; Roth et al., 2011; Chen et al., 2013).

Em outro estudo, realizado por de Dyrbye et al. (2014), observou-se que os médicos ainda no início de carreira demonstraram pontuação mais alta para o critério qualidade de vida

em comparação aos estudantes e residentes, no entanto, 51,4% apresentavam esgotamento profissional e 40% descreveram, pelo menos, um sintoma de depressão.

Em sua pesquisa Wada et al. (2010) relataram existir relação entre o estado depressivo de médicos com o fato de não possuírem dias de folga ou estarem, por dias seguidos, de sobreaviso ou plantão. Foi também percebida a relação positiva entre horas de trabalho e prevalência de depressão no estudo de Tomioka, Morita, Saeki, Okamoto e Kurumatani (2011). A porcentagem de médicos que apresentam sintomas de depressão é grande nos dois hemisférios do planeta, sendo os médicos mais novos os que se encontram sob maior risco (Magnavita & Fileni, 2014).

Distúrbios mentais podem evoluir para preocupantes números de suicídios. A taxa de ideação suicida entre médicos foi o dobro da percebida na população geral (Oliveira Junior et al., 2013). Um em cada dezesseis (6,4%) dos 7.825 médicos participantes referiram ideação suicida nos últimos doze meses (Shanafelt et al., 2011).

Outro fator observado nas falas dos sujeitos, como possível propulsor para a realização do ato suicida, está relacionado ao ambiente de trabalho e as suas exigências; pressões e rotinas desgastantes acabariam culminando em um esgotamento profissional ou síndrome de *burnout*. Essa síndrome acontece em decorrência do estresse ocupacional por um longo período. Na sequência, são apresentadas falas dos participantes acerca da síndrome de *burnout*, sobre a sua presença no cotidiano profissional e como esse desgaste ocupacional pode acarretar problemas aos colegas, podendo levar ao ato suicida.

*[...] acho que tem uma carga ocupacional que pode contribuir, ser promotora, não exclusiva, mas contribuir em promover [...] o risco suicida. (M6)*

*[...] a profissão médico, eu acho que ela te dá uma carga grande emocional, ela te dá uma sobrecarga, ela te dá um, te coloca em situações de bastante estresse né, e acho que isso reflete no número de suicídios que tem na área médica, né, acho que isso é um fator de risco. (M1)*

Na próxima fala, a participante relata sobre o risco de suicídio entre médicos, fazendo uma ligação com o que se é estudado, quando recorda da disciplina de Psiquiatria. Esse discurso demonstra uma postura um pouco distante, como se a entrevistada entendesse o risco de suicídio na sua profissão e também a presença da síndrome de *burnout* pelo que foi estudado e não de fato vivenciado no seu cotidiano. Porém, logo mais, a participante relata perceber a presença de *burnout* entre seus colegas, no desempenho de suas atividades diárias. Parece que, se não se toca no assunto, ele não existe. Seria uma forma de se proteger encontrada por esses profissionais não desejar refletir sobre suas dificuldades e sofrimentos? Compreende-se a necessidade, já que é algo presente na profissão médica, de que esses aspectos sejam mais pensados e discutidos.

*Assim, a gente tem ideia de que os profissionais médicos eles têm risco de suicídio maior do que as outras profissões, que é isso que a gente aprende em psiquiatria, ele tem risco de suicídio maior, eles têm depressão e tem mais burnout, né?! (M4)*

*[...]eu acho que situações né de burnout que é o, que é o burnout, eu acho que é um problema, esse sim eu acho que tá muito pouco falado, até eu tava conversando com os residentes agora, achando que nós tínhamos que conversar, porque em algum grau o RI(médico do 1º ano de residência) sempre tem um grau de burnout, né, e eu acho que*

*talvez a gente conversar sobre isso ajudaria, porque eu acho que isso é bem negligenciado. (M4)*

As três principais características da síndrome de *burnout* são: exaustão emocional, despersonalização e sentimento de ineficácia profissional. Entende-se que elas aparecem sequencialmente com o passar do tempo, desenvolvendo-se, inicialmente, a exaustão emocional seguida da despersonalização como uma tentativa de enfrentar essa exaustão, e, por fim, a habilidade de suportar as demandas de trabalho diminui, culminando na diminuição dos sentimentos de realização pessoal (Gracino, Zitta, Mangili, & Massuda, 2016). É mais comum entre profissionais que exercem atividades que envolvem relações interpessoais intensas (Baptista, 2004).

Estudos apontam que síndrome de *burnout*, assim como sintomas depressivos e erros médicos, possuem relação direta com ideias suicidas (Shanafelt et al., 2011). Análise da incidência da síndrome de *burnout* durante a carreira médica averiguou que profissionais na metade de sua carreira demonstram maior pontuação na dimensão exaustão emocional; já os médicos que estão iniciando sua carreira pontuaram mais na dimensão que se refere à despersonalização (Dyrbye et al., 2013).

O contato com o sofrimento de pacientes e familiares, com a presença da morte, a sobrecarga de trabalho, a privação da vida familiar – fatores de risco psicossociais inerentes ao fazer do profissional médico – foram compreendidos como influentes em duas dimensões da síndrome de *burnout*: o cansaço emocional e a despersonalização (Escribà-Agüir, Artazcoz, & Pérez-Hoyos, 2008).

Foi realizado um estudo comparativo, na Suíça, entre médicos oncologistas pediátricos e generalistas, e se observou presença de síndrome de *burnout* e sinais de doenças psiquiátricas em 32% dos sujeitos participantes (Arigoni, Bobier, Mermillod, Waltz, & Sappino, 2009).

Outros autores avaliaram a prevalência de esgotamento profissional em 410 pediatras oncológicos em diversos países, totalizando treze e obtiveram como resultados que 38% estão em nível elevado de *burnout* e 72% em nível moderado (Roth et al.,2011).

No próximo trecho enunciado pelo participante, percebe-se que ele acredita que a especialidade escolhida pelo profissional pode influenciar para que o sujeito cometa suicídio, relacionando um desgaste maior, devido às demandas de cada área.

*Inclusive desses colegas, três médicos que eu lembro que recentemente cometeram suicídio, dois eram da mesma especialidade e de uma especialidade que confina os médicos a uma área fechada, os dois eram anesthesiologistas, né, então talvez tenha algum papel, alguma contribuição, né, da tua ocupação, do teu trabalho do dia a dia com o risco suicida. (M6)*

Cabe questionar, nesse momento, se essa razão apontada pelo entrevistado, para a ocorrência de mais casos de suicídios, não seria uma maneira dele, de alguma forma, “proteger-se” do risco de cometer suicídio, uma vez que atua em uma outra área, estando, assim, distante da possibilidade de acabar com sua própria vida. No entanto, existem estudos que apontam, de fato, números maiores de suicídios entre médicos, dependendo da especialidade, e os anesthesiologistas são uma das especialidades citadas.

Estudo realizado com anesthesiologistas, totalizando um número de 373 profissionais, na Polônia, aferiu que 69,4% deles estavam em risco moderado e elevado para a síndrome de *burnout*, salientando que desenvolviam suas atividades laborais em ambulatórios de cuidado da dor e em departamentos de cuidados intensivos, locais que são reconhecidos como de risco para o desenvolvimento da síndrome (Misiołek, Misiołek, Gorczyca, Misiolek, & Gierlokta, 2014). Já uma pesquisa realizada no continente americano, nos Estados Unidos, também com médicos

anestesiologistas, concluiu a incidência da síndrome de *burnout* em 41% de seus participantes (Oliveira Junior et al., 2013).

*A pressão, a pressão que se sofre principalmente por isso que a gente vê mais frequente em cirurgiões, anestesistas [...] a gente não vê dermatologista se suicidar né... são coisas que essas pessoas sofrem um nível de pressão menor no seu trabalho [...] então a pressão e a chance de erro [...] eu acho que é um fator que prejudica bastante. (M9)*

Foi constatado que, entre os cirurgiões americanos, a taxa de ideações suicidas pode chegar até três vezes mais em comparação com a população geral (Shanafelt et al., 2011). Foi comprovada relação entre esgotamento profissional, autorrelato de erros médicos e depressão, agregando, ainda, a não adesão às melhores práticas médicas com consequência na diminuição na qualidade dos serviços médicos prestados aos pacientes (Oliveira Junior et al., 2013).

A seguir, são apresentados fragmentos em que os participantes mostram preocupação com o consumo de bebidas alcoólicas e drogas entre os profissionais médicos e que o uso de álcool e outras drogas poderia também estar relacionado com a realização de suicídios.

*[...] eu acho que a adição às drogas é um detalhe muito importante, e quando eu digo drogas não falo drogas ilícitas, falo de álcool mesmo, acho que bebida alcoólica é um fator predisponente importante. (M6)*

*[...] ou quando se tá sob efeito de drogas e álcool, que é aquela fissura que acaba se colocando em risco. (M2)*

*[...] a gente sabe que o abuso de drogas tá associado ao suicídio e abuso de álcool também. (M4)*

É estimado que de 10% a 12% de médicos possuem ou irão desenvolver problemas de natureza psicológica e psiquiátrica. Médicos com dependência química, devido aos riscos associados ao exercício da profissão, merecem atenção. Um estudo realizado com médicos que estavam em atendimento ambulatorial devido ao uso de drogas apontou que 66% já haviam sido internados anteriormente por uso de álcool e/ou drogas, 33% apresentavam comorbidade psiquiátrica, 33% perderam emprego, 68% tiveram problemas no casamento, 42% tiveram acidentes automobilísticos e 19% apresentaram problemas jurídicos, 66% demonstraram prejuízo na prática profissional e 8,5% tiveram problemas junto aos Conselhos Regionais de Medicina (Alves, Surjan, Nogueira-Martins, Marques, & Ramos, 2005).

Outro estudo, com 192 participantes que eram usuários de um serviço específico para atendimento de médicos dependentes de álcool e drogas, mostrou os seguintes dados: 158 homens, na maioria casados, com média de 43 anos de idade, o intervalo de tempo entre a identificação do problema e a busca por tratamento foi de 7,5 anos; 22% do grupo havia perdido emprego, 64% apresentaram problemas no exercício profissional, 13% tinha problemas no Conselho Regional de Medicina, 31% havia tido internação psiquiátrica anterior e 72% se automedicavam, o que se relacionou à gravidade do problema (Palhares-Alves, Laranjeira, & Nogueira-Martins, 2007; Nogueira-Martins, 2012).

O consumo abusivo de álcool e outras drogas que os profissionais relataram, por seus colegas, de fato, é presente nesse meio médico, visto que estudos comprovam isso. Pergunta-se se o número alto de médicos que utilizam álcool e drogas possuiria ligação com as suas atividades profissionais, com as limitações de convívio familiar impostas pela rotina de trabalho e também pelas dificuldades enfrentadas inerentes a profissão. Estariam esses profissionais

buscando uma maneira de lidar com sofrimentos e angústias que, muitas vezes, não comunicam e não buscam outras formas de auxílio?

### *Dificuldade em pedir ajuda*

Ambientes hospitalares são, por natureza, exaustivos e requerem uma grande dedicação de seus profissionais, a qual está direcionada aos pacientes, familiares e rotinas das instituições. Profissionais da medicina, por exemplo, são exigidos em termos de produtividade e de sempre terem que, de alguma forma, vencer a morte. Muitos passam a possuir um sentimento de onipotência, como se fossem capazes de fazer tudo, o que é impossível. Sentem como se sempre tivessem que apresentar resultados positivos, salvando vidas e curando doenças; tentam não demonstrar suas fragilidades, como se fossem invulneráveis a qualquer dificuldade, desde suas formações acadêmicas, e as exigências geralmente tendem a aumentar ao longo do tempo e das especializações (Millan, Rossi, & De Marco, 1999).

O próximo trecho se refere ao fato de que médicos possuem dificuldades em demonstrar que, em alguns momentos, também possuem fraquezas e problemas.

*[...] mas talvez os profissionais tenham até muita dificuldade de se expor, de colocar essas questões e de abordar esses assuntos [...] mas me parece que o profissional médico, ele... ele é mais fechado, ele não vai se expor com tanta facilidade. (M1)*

Muitos profissionais acabam disfarçando suas dificuldades, como referem outros participantes:



*Eu percebo que os médicos conseguem mascarar um pouco mais as suas dificuldades, quando a gente vê já aconteceu. (M2)*

*[...] eu acho que, que o médico, assim ó, eu acho que ele tem uma característica um pouquinho diferente, ele consegue esconder mais, sabe? (M7)*

*[...] alguns colegas eu vejo que tem assim, se acham que são mais fortes, que sabem lidar com tudo, que são donos da situação e eu acho que vai chegar ao ponto que não, que não vai dar conta e aí talvez por vergonha ou pra não se humilhar, por medo, não procure ajuda né, e aí acaba extrapolando assim [...] já tá estressado daí acontece alguma coisinha que é a gota d'água e daí não consegue lidar, não quer pedir ajuda, não quer se sujeitar a pedir ajuda e daí eu acho que acaba levando ao suicídio. (M5)*

Nos trechos, acima, destacam-se, na fala da participante, os fragmentos “pra não se humilhar”, “não quer se sujeitar”, como se o fato de pedir ajuda fosse entendido como humilhação e como sujeição, o que revela, mais uma vez, a noção de superioridade e de onipotência presente na maioria desses profissionais. Acabam escolhendo sofrer sozinhos e, muitas vezes, tomar atitudes drásticas do que contar com o auxílio do outro.

Sentimentos de culpa por fracasso de um ideal de onipotência beneficiam o surgimento de quadros depressivos e suicídios entre médicos e estudantes de medicina, que são evidenciados por dados epidemiológicos, da literatura, de incidência e prevalência, nesse grupo profissional, como mais elevado que a população geral (Meleiro, 1998). Conforme Wekstein (1979), os altos índices de suicídio encontrados tanto em estudantes de medicina quanto em médicos se relacionam com a perda da onipotência, onisciência e virilidade, idealizadas por

muitos durante o período acadêmico e também depois, na vida profissional, e a crescente ansiedade pelo medo de falhar.

Muitas vezes, com dificuldades de admitir que estejam necessitando de auxílio profissional para enfrentar suas dificuldades, médicos acabam se autotratando. Como é permitido que profissionais da medicina realizem autoprescrições, isso pode acabar gerando problemas futuros. A próxima fala da entrevistada confirma o que foi exposto:

*[...] porque tu sabe né, que é a coisa mais apavorante do mundo, a gente pode se auto prescrever, é permitido se eu quiser me auto prescrever, eu não vou fazer isso né (risos), mas se eu quiser me prescrever fluoxetina eu posso, né, pela lei eu posso, mesmo opioide eu posso, eu tenho que registrar claro; e aí se eu tiver duas, três receitas vão me chamar, então opioide não... mas fluoxetina nem se preocupam. (M4)*

Em vez de buscarem ajuda com especialistas, acreditam que, por possuírem conhecimentos médicos, mesmo que não em psiquiatria, por exemplo, estão habilitados para fazer uso de medicamentos para doenças como a depressão, ansiedade, entre outras.

*[...] então se a pessoa quiser se auto tratar e ficar meio mal tratado né... porque tomar um remédio talvez não fosse o melhor pra ela, pode [...] daí ele acaba no abuso, porque ele acha que ele vai se auto tratar, que ele vai saber se auto tratar, e na verdade não, né?! (M4)*

*Ainda tem muito preconceito né, com questões psiquiátricas e psicológicas, como depressão, ansiedade, de que psicólogo e psiquiatra é pra louco, então eu acho que isso no meio médico também tem e acho que daí acaba que “ah, tá ansioso toma um*

*ansiolítico”, “tá deprimido toma lá uma fluoxetina e vai seguindo”, só que eu acho que isso é errado, isso, eu acho que daí vai juntando, né?! (M5)*

Frequentemente, em um primeiro momento, médicos automedicam-se ou realizam uma consulta informal com um colega de profissão, buscando ajuda adequada, geralmente, quando a situação se torna difícil e insustentável (Meleiro, 2013). Em pesquisa, autores apontaram que, de 5,8% dos médicos que usaram antidepressivos no período de um ano, 8,9% realizaram autoprescrição e 7,4% receberam a prescrição de um colega sem análise clínica (Shanafelt et al., 2011).

A classe médica necessita se tornar mais sensível às dificuldades existentes no tratamento do médico doente, além de mais apta a reconhecer sinais de pedidos de ajuda de um colega ou, muitas vezes, de si mesmo (Meleiro, 2017).

### **Considerações finais**

Pode-se observar, nos relatos trazidos pelos participantes, que os motivos elencados como possíveis causadores de suicídios entre a classe médica estão também elencados na literatura sobre a temática. Os sujeitos destacaram a depressão, a síndrome de *burnout* e o uso de álcool e drogas.

Foi apontado que o que pode levar um médico a cometer o suicídio se refere a uma doença psiquiátrica, muitas vezes, não tratada ou tratada de maneira errônea. Trouxeram, também, o desgaste ocupacional como impulsionador de atos suicidas, e o ambiente de trabalho foi visto, em geral, como desgastante emocionalmente, fazendo com que os médicos sofressem bastante pressão e cobranças, havendo relação, ainda, com determinadas áreas de especialidade.

Citaram o uso indiscriminado de álcool e outras drogas pelos médicos, muitas vezes, até como uma maneira de suportar as pressões citadas anteriormente.

Além disso, foi citado o quanto profissionais médicos relutam e possuem dificuldades para demonstrar suas fragilidades e pedir ajuda, resultando em autotratamentos e automedicações. Parece existir vergonha em demonstrar que não são indestrutíveis e preconceitos em admitir a necessidade de ajuda psiquiátrica ou psicológica. Isso pode estar ligado ao fato que muitos acreditam que “médicos não adoecem”, no entanto, esses profissionais necessitam de cuidado, como qualquer pessoa, e até um olhar mais atento.

Dessa maneira, acredita-se importante que seja implantado, na instituição onde este estudo foi realizado, um local para que profissionais médicos recebam assistência de profissionais da saúde mental, incluindo médicos psiquiatras e psicólogos, em momentos que considerarem necessário, além de espaços para a discussão e reflexão acerca desse assunto, principalmente quando casos de mortes de seus colegas por suicídios acontecem. Sugere-se que, se novos casos de suicídio aconteçam, as unidades às quais os médicos que se suicidarem pertenciam, desenvolvam momentos de conversas sobre o assunto, para que sentimentos e opiniões possam ser expostos, assim como se possa propiciar suporte e apoio aos colegas em período após o ocorrido.

É importante que o tema suicídio não seja estigmatizado e não haja tabu. É fundamental que se pense na saúde desses profissionais, especialmente na saúde mental, e que, de alguma forma, isso possa contribuir para que casos de suicídios sejam mais bem compreendidos e prevenidos. Salienta-se a importância de haver espaço desde a graduação para se falar sobre os médicos como seres humanos que possuem as mesmas dificuldades e fragilidades que os demais profissionais.

## Referências

- Alves, H. N., Surjan, J. C., Nogueira-Martins, L. A., Marques, A. C. P. R., Ramos, S. P., & Laranjeira, R. R. (2005). Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 51(3), 139-43. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n3/a13v51n3.pdf>.
- Arigoni, F., Bobier, P. A., Mermillod, B., Waltz, P., & Sappino, A. P. (2009) Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, pediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Support Care Cancer*, Berlim, 17, 75-81. doi: 10.1007/s00520-008-0465-6.
- Baptista, M. N. (2004). *Suicídio e depressão: atualizações*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Botega, J. N., Marin-Leon L., Oliveira, H. B., Barros, M. B. A., Silva, V. F., & Dalgalarrodo, P. (2009). Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas. *Caderno de Saúde Pública*, 25(12), 2632-2638. doi: 10.1590/S0102-311X2009001200010.
- Botega, J. N. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil, (2012). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 466/2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF. Recuperado de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Brasil, (2016). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 510/2016. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF. Recuperado de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Brown, S. D., Goske, M. J., & Johnson, C. M. (2009). Beyond substance abuse: stress, burnout, and depression as causes of physician impairment and disruptive behavior. *J Am Coll Radiol*, Nova York, 6(7), 479- 485. doi: 10.1016/j.jacr.2008.11.029.
- Brzozowski, F. S., Soares, G.B., Jucemar, J. B., Boing, A. F., & Peres, M. A. (2010). Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005. *Caderno de Saúde Pública*, 26(7), 1293-1302. doi: 10.1590/S0102-311X2010000700008.
- Conselho Federal de Medicina (2016). *Debate sobre prevenção do suicídio entre médicos e estudantes encerra II ENCM 2016*. Recuperado de: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26420:2016-09-19-18-24-35&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26420:2016-09-19-18-24-35&catid=3)
- Chen, K. [et al.] (2013). Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. *Int J Med Sci*, Austrália, 10(11), 1471-1478. doi: 10.7150/ijms.6743.
- Dyrbye, L. N. [et al.] (2013). Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc*, Rochester, 88(12), 1358-1367. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.07.016.

- Dyrbye, L. N. [et al.] (2014). Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*, Filadélfia, 89(3), 443-451. doi: 10.1097/ACM.0000000000000134.
- Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L., & Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit*, Barcelona, 22(4), 300-308. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112008000400002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000400002)
- Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(2), 389-394. doi: 10.1590/S0102-311X2011000200020.
- Gagné, P., Moamai, J., & Bourget, D. (2011). Psychopathology and suicide among Quebec physicians: a nested case control study. *Depression Research and Treatment*. 2011. doi: 10.1155/2011/936327.
- Gracino, M. E., Zitta, A. L. L., Mangili, O. C., & Massuda, E. M. (2016). A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, 40(100), 244-263. doi: 10.1590/0103-1104201611019.
- Kovács, M. J. (2013). Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 69-82. Recuperado de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/6199>.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano R. (2002). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. *World Health organization*.
- Magnavita, N., & Fileni, A. (2014). Work stress and metabolic syndrome in radiologists: first evidence. *Radiol Med*, Torino, 119(2), 142-148. doi: 10.1007/s11547-013-0329-0.
- Meleiro, A. M. A. S. (1998). Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Rev Ass Med Brasil*, 44(2), 135-140. doi: 10.1590/S0104-42301998000200012.
- Meleiro, A. M. A. S. (2013). Suicídio na população médica: qual a realidade? *RBM*, 70, 20-28. Recuperado de: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5490](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5490).
- Meleiro, A. M. A. S. (2017). Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: triste realidade. *Gen medicina*. Recuperado de: <http://genmedicina.com.br/2017/05/29/suicidio-entre-medicos-e-estudantes-de-medicina-triste-realidade-dra-alexandrina-maria-augusto-da-silva-meleiro/>.
- Millan, L. R., Rossi, E., & De Marco, O. L. N. (1999). O estudante de medicina: grupo de risco para o suicídio? In: L. R. Millan, O. L. N. De Marco, E. Rossi & P. C. V Arruda (Orgs.), *O Universo Psicológico do Futuro Médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*, (103-110). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Misiolek, H., & Gierlokta, Z. (2014). The prevalence of burnout syndrome in Polish anaesthesiologists. *Anaesthesiol Intensive Ther*, Varsovia, 46(3),155-161. doi: 10.5603/AIT.2014.0028.
- Moraes, R. (2003). Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Ciência & Educação*, 9(2), 191-211. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-73132003000200004>.
- Nogueira-Martins, L. A. (2012). Saúde mental dos profissionais de saúde. In: N. J. Botega (Coord.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*, (98-112). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira Junior, G. S. [et al.]. (2013). The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg*, Cleveland, 17(1), 182-193.
- Palhares-Alves, H. N., Laranjeira, R., & Nogueira-Martins, L. A. (2007). A pioneering experience in Brazil: the creation of a support network for alcohol and drug dependent physicians. A preliminary report. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 29(3). doi: 10.1590/S1516-44462006005000038.
- Roth, M. [et al.] (2011). Career burnout among pediatric oncologists. *Pediatr Blood Cancer*, Hoboken, 57, 1168-1173. doi: 10.1002/pbc.23121.
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Dyrbye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D. ...Oreskovich, M. R. (2011). Suicidal Ideation Among American Surgeons. *Arch Surg*, 146(1):54-62. doi: 10.1001/archsurg.2010.292.
- Tomioka, K., Morita, N., Saeki, K., Okamoto, N., & Kurumatani, N. (2011). Working hours, occupational stress and depression among physicians. *Occupational Medicine*, Oxford, 61(3), 163-170. doi: 10.1093/occmed/kqr004.
- Turato, E. R. (2000). Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa Definição e Principais Características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Portugal. 2(1), 93-108. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/287/28720111.pdf>
- Turato, E. R. (2011). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Wada, K. [et al.]. (2010). National survey of the association of depressive symptoms with the number of off duty and on- call, and sleep hours among physicians working in Japanese hospitals: a cross sectional study. *BMC Public Health*, Oxford, 10(127). doi: 10.1186/1471-2458-10-127.
- Wekstein, L. (1979). *Handbook of suicidology*. New York, Brunnel/Magel.
- Who. (2014). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: *World Health Organization*.

#### **4 ARTIGO 2 – DIFICULDADES DURANTE A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM MEDICINA QUE PODEM LEVAR AO SUICÍDIO**

**Resumo:** A pesquisa aborda o que os profissionais médicos pensam sobre fatores da formação acadêmica relacionados a posteriores suicídios de alunos. Foi realizado um estudo exploratório de cunho qualitativo. Participaram da pesquisa médicos de diferentes especialidades, atuantes em um hospital universitário do sul do Brasil, totalizando o número de nove sujeitos. Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semidirigidas. Após transcrição na íntegra, as entrevistas foram analisadas pela análise de conteúdo. As categorias emergentes foram: a pressão desde o período universitário e falta de assistência psicológica. Concluiu-se que uma assistência psicológica é fundamental aos estudantes para auxiliar nas mudanças, pressões e dificuldades presentes na formação médica.

**Palavras-chave:** Estudantes de Medicina; Suicídio; Assistência Psicológica.

**Abstract:** The research addresses what medical professionals think about academic training factors related to subsequent student suicides. An exploratory qualitative study was carried out. The study included physicians from different specialties working in a university hospital in the south of Brazil, totaling the number of nine subjects. Semi-structured interviews were used to collect data. After full transcription, the interviews were analyzed by content analysis. The emerging categories were: pressure from the university period and lack of psychological assistance. We concluded that psychological assistance is fundamental for students to assist in the changes, pressures and difficulties present in medical training.

**Keywords:** Medical students; Suicide; Psychological Assistance.



## Introdução

A medicina ainda é, na atualidade, uma profissão que propicia possibilidades de realização, intelectual, material e emocional. Uma área fascinante, de fundamental importância para a sociedade, e dessa forma, uma carreira bastante almejada e idealizada pelos jovens. No entanto, o grau de idealização pode gerar expectativas, que, quando não atingidas, podem produzir frustrações e decepções significativas com repercussões na saúde de estudantes, residentes e médicos (Nogueira-Martins, 2012).

O autor destaca o caráter altamente ansiogênico no desenvolvimento das atividades médicas, principalmente, devido à exposição a difíceis questões psicológicas provindas do contato íntimo com o adoecer. Soma-se a isso o caráter estressante, inerente à tarefa médica, que tem aumentado significativamente, devido ao volume de pacientes e às condições precárias de trabalho, principalmente nos setores de emergência dos serviços públicos de saúde (Nogueira-Martins, 2012).

Uma carga psicológica acompanha esses sujeitos desde o período da graduação, principalmente a partir do momento que iniciam o contato com pacientes, familiares e suas dores e sofrimentos, sem, muitas vezes, um preparo consistente para lidar com essas situações. No período da residência, o estresse pode tornar-se intenso, pois é um período de transição aluno-médico, de isolamento social, responsabilidade profissional, fadiga, sobrecarga de trabalho, privação do sono, medo de cometer erros, entre outros fatores ligados a diferentes expressões psicológicas, psicopatológicas e comportamentais que incluem estados depressivos com ideias suicidas, consumo em excesso de álcool e outras drogas psicoativas, raiva crônica, desenvolvimento de um humor irônico e de um amargo ceticismo (Nogueira-Martins, 2012). Entre as características do aluno de medicina com alto risco de suicídio estão: melhor desempenho escolar, pessoas mais exigentes; maior propensão a sofrer pressões; baixa

tolerância a falhas; culpabilidade maior pelo que não sabe; paralisação pelo medo de errar; ideias de abandono do curso; depressão e ideações suicidas (Millan, Marco, Rossi, Milan, & Arruda, 1991).

É imprescindível pensar e discorrer sobre a angústia dos alunos e as dificuldades em lidar com o assunto no meio acadêmico. No quarto ano, principalmente, o estudante fica mais vulnerável devido ao aumento das pressões e pelo fato de a realidade da futura profissão ir aniquilando as ilusões dos tempos de calouro. É necessário que os alunos possuam tranquilidade para estudar sobre diversas doenças, no entanto, sentem um cansaço mental além da desumanização cotidiana. A vida acadêmica é apenas um aspecto que necessita ser levado em consideração entre os alunos de medicina, pois diversos fatores influenciam a decisão desesperada de pôr fim à própria vida (Meleiro, 2015).

Atualmente, percebe-se que o número de casos de suicídios entre jovens acadêmicos de medicina teve um aumento significativo em diferentes países do mundo. Apesar de não ser um problema recente, tem chamado atenção, pois aumentou a percepção de que estudar e praticar medicina é bastante estressante. Dessa forma, este artigo traz uma análise sobre o que os profissionais médicos pensam sobre fatores da formação acadêmica relacionados a posteriores suicídios de alunos.

### **Método**

Nesta pesquisa, foi utilizado um delineamento de caráter exploratório de cunho qualitativo. Compreendeu-se a pesquisa clínico-qualitativa adequada aos objetivos desse estudo, uma vez que ela busca descrever e interpretar sentidos e significados atribuídos aos fenômenos relacionados à vida dos indivíduos que possuem ligação com cuidados da saúde, como no caso dos médicos (Turato, 2000). Indo ao encontro disso, Minayo (2010) assinala a pesquisa qualitativa como uma possibilidade de conhecer e entender a cultura, a história e as

representações de um grupo sobre determinado assunto por meio de suas percepções, reflexões e relações entre indivíduos.

Os sujeitos participantes foram médicos de ambos os sexos, com idades entre 34 e 57 anos, de diferentes especialidades, atuando profissionalmente em um hospital universitário do sul do Brasil. O número de participantes foi nove, amostra delimitada pelo critério de saturação. De acordo com essa ferramenta, a conclusão da amostra é definida com a interrupção de novos entrevistados a partir do momento em que os dados coletados começam a se tornar repetitivos e não se identificam novas significações (Moraes, 2003; Fontanella, Luchesi, Saidel, Ricas, Turato, & Melo, 2011). Os participantes foram identificados pela letra M, acompanhada pelo número referente à ordem da entrevista. Três médicos contatados não se dispuseram a participar da entrevista. A seguir o Quadro 1 traz as descrições dos sujeitos participantes.

Quadro 1 – Sexo e tempo de formação dos participantes

Participante	Sexo	Tempo de Formação
M1	Masculino	34 anos
M2	Feminino	21 anos
M3	Feminino	33 anos
M4	Feminino	21 anos
M5	Feminino	09 anos
M6	Masculino	14 anos
M7	Masculino	23 anos
M8	Masculino	20 anos
M9	Masculino	09 anos

Foram utilizadas, como instrumento para a coleta de dados, entrevistas semidirigidas, realizadas individualmente com os participantes (Turato, 2011), contendo perguntas norteadoras acerca dos objetivos da pesquisa, para que, assim, as dúvidas pudessem ser esclarecidas da melhor forma possível à pesquisadora, dando espaço ao entrevistado para que acrescentasse relatos que enriquecessem o trabalho. Sete entrevistas foram realizadas no hospital em que os participantes trabalhavam, e duas em outros locais, sendo a residência e o consultório particular dos participantes envolvidos. Cabe ressaltar que os locais foram escolhidos pelos sujeitos, de maneira a ficar mais condizente com seus horários e obrigações. O material foi coletado por meio de gravação em áudio conforme concordância dos participantes e posterior transcrição na íntegra para uma melhor visualização das falas, bem como de sua relevância e repetição.

Posteriormente, as entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo proposta por Bardin (2010), consistindo em um conjunto de técnicas que utiliza a comunicação como ponto de partida e tem por finalidade a produção de inferências. Através desse método, é possível que surjam tanto conteúdos manifestos quanto conteúdos latentes (Minayo, 2010). Destacando-se as três importantes fases da análise: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados encontrados.

A pesquisa se fundamentou nas Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, Nº 466/12 (Brasil, 2012) e Resolução nº 510/2016 (Brasil, 2016), do Conselho Nacional de Saúde. A coleta dos dados referentes a esse estudo iniciou somente após o projeto de pesquisa ser autorizado pela instituição e aprovado pelo Comitê de Ética dela, sob o número do CAAE: 53310215.3.0000.5346. Todos os participantes receberam esclarecimentos sobre o tema da pesquisa, bem como seus objetivos. Assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e discussão

### *A pressão desde o período universitário*

Nas falas dos participantes, nota-se o quanto a faculdade de medicina exige de seus alunos. Sabe-se que a profissão de médico é bastante desgastante, envolvendo dedicação de carga horária, afastamento de relações sociais e familiares, contato com doenças difíceis, pacientes terminais e morte. Essas situações iniciam desde o período acadêmico, tornando-se mais frequente a partir dos últimos anos do curso.

As falas a seguir mostram um dos médicos falando que, entre as pressões enfrentadas por eles, desde o período da formação, está o fato de ter constantemente que lidar com a morte, e acrescentam achar que os estudantes, por terem menos experiências, angustiam-se mais. Porém, questiona-se se, realmente, o tempo de experiência diminui as angústias diante das pressões ou se os profissionais desenvolvem maneiras de driblar essas dificuldades, sendo, algumas delas, o uso da negação e a adoção de uma postura mais “fria”.

*[...] o tipo de pressão que a gente sofre, conviver com pacientes graves, conviver com situações de morte, [...] conviver com situações de, da própria dedicação, de se estar fazendo exatamente tudo o que precisa, se houve alguma falha, tudo isso acho que é motivo de pressão e de fator de risco pra que ocorra o suicídio. (M1)*

*[...] o estudante até por ser mais jovem, por ser menos experiente, talvez ele se angustie mais, [...] esteja menos preparado do que uma pessoa que já é formada, que já teve mais vivência pra enfrentar essas situações e de que isso possa ser uma situação de maior pressão [...] (M1)*

A partir dos relatos acima, percebe-se a opinião profissional de um médico que já acabou seu período como aluno universitário, já passou por pressões nessa fase e descreveu sobre essas pressões nos alunos atualmente. Entre tais pressões, há a presença da morte, que é uma problemática vista no dia a dia dos profissionais da medicina mais do que em qualquer outra ciência. Os médicos respondem aos desafios de lidar com a morte e com os sofrimentos gerados por ela, muitas vezes, com ansiedade, receio e inclusive como ameaça à sua própria vida (Vianna & Piccelli, 1998). Uma das soluções para isso seria uma formação médica apropriada sobre o assunto, porém, a maioria dos programas de ensino de medicina frequentemente aborda essa realidade de forma não apropriada e, então, como resultado, o tratamento de pacientes é desnecessariamente doloroso para todos os envolvidos (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997).

Estão presentes, durante a formação médica, muitos eventos estressores, dentre eles, a competitividade entre os alunos, a privação do sono, a carga horária extensa e intensa, a dificuldade para conciliar a vida pessoal e universitária, o medo de contrair doenças durante exames físicos realizados em pacientes e o medo de cometer erros (Guimarães, 2007). Dessa forma, pesquisas mostram que estudantes de medicina se encontram mais suscetíveis a responder às situações estressantes de maneira não adaptativa. Dentre as principais formas não adaptativas de respostas se encontram: percepção negativa da realidade, negação dos sentimentos, transtornos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, ideações e tentativas de suicídio (Pritchard, Wilson, & Yamnitz, 2007; Wright, Bewick, Barkham, House, & Hill, 2009; Ross, Heath, & Toste, 2009).

Em relação ao suicídio cometido por jovens ainda durante a formação, há uma fala relacionada à cobrança que o jovem sentia, por parte da sua família, da faculdade e de si mesmo. O entrevistado acredita que isso possa ter levado o acadêmico ao ato de tirar sua própria vida.

*[...] ele era muito cobrado pelos pais porque ele era muito inteligente mesmo, passou direto pra faculdade, sem cursinho e sem nada, então ele tinha uma cobrança grande, na turma dele ele era destacado assim, era melhor que os demais, então eu acho que ele não soube também lidar com isso, de ter que ser diferenciado dos demais, inclusive além de ser diferenciado do restante, ser diferenciado dentro da própria turma... não lidava bem com isso. (M9)*

Ainda sobre o suicídio de alunos:

*[...] inclusive suicídio de alunos né, o último que se suicidou aqui foi, há dois anos atrás, e esse aluno na verdade a gente tinha identificado que ele tava em risco, que ele tava em tratamento e mesmo assim foi difícil de aceitar, porque eu ficava ali, ele tinha conversado, eu me lembro que ele tinha conversado, a gente tinha conversado com ele, [...] mas foi difícil, porque assim, a gente sempre não aceita né, ele tava tomando medicamento né, tava tratando[...] (M4)*

Observa-se, na fala da participante, a inconformidade diante do episódio de o aluno ter cometido suicídio, principalmente pelo fato de a participante ter conversado com o estudante e não ter notado um possível ato suicida, talvez por saber que ele estava medicado, o que evidencia a crença que o medicamento basta como forma de tratamento para esse tipo de sofrimento.

A seguir, registra-se mais um trecho no qual é relatada a questão de acadêmicos que estão em tratamento psiquiátrico, provavelmente utilizando medicamentos:

*[...] na verdade, o número de alunos que eu tenho ideia, meus que estão em tratamento, que estão com psiquiatra é bem... é bem grande né. (M4)*

Estima-se que a prevalência de distúrbios psiquiátricos entre estudantes universitários esteja entre 15% e 25% (Vasconcelos, Dias, Andrade, Melo, Barbosa, & Souza, 2015). Isso vai ao encontro do relatado pela profissional sobre a quantidade de estudantes que se encontram em acompanhamento psiquiátrico.

Ainda, a autocobrança de estudantes de medicina, que, geralmente, são intolerantes com as próprias fragilidades e perfeccionistas, torna-os ainda mais vulneráveis à manifestação de sintomas psicológicos. Essa cobrança de si mesmo, além da já existente no meio médico, é referida nos próximos trechos:

*[...] a gente tem muita cobrança, a gente tem cobranças inclusive de coisas que a gente não consegue resolver né, e às vezes nem do paciente, a gente se cobra também [...]*  
(M4)

*[...] e daí durante o próprio curso de medicina assim, a gente... a nossa cobrança pra estudo [...] a nossa pressão é que a gente tem a pressão do paciente que a gente atende no curso e pressão dos professores né, que “olha ali, como é que tu não sabe? Tu examinou isso aí e não sabe”, então a gente acaba se cobrando muito, a gente se cobra pra ser tão bom ou melhor que os nossos colegas, a gente acaba se cobrando pra ser um médico melhor que os outros [...] a gente lida muito mal com o insucesso, com a queixa assim, com a reclamação de que não deu certo, a gente, não aceita bem isso, não costuma aceitar bem com a queixa[...] (M9).*



Torna-se evidente, na fala do participante, quando diz “olha ali, como é que tu não sabe? Tu examinou isso aí e não sabe” que a lógica do curso é uma lógica que exige a ausência de erros e de falhas. Nota-se a dificuldade que os médicos e estudantes de medicina possuem em lidar com o insucesso. A esse respeito, afirma-se que, devido à exigência dos cursos de formação de medicina, seus alunos acabam se tornando extremamente persistentes, determinados e apreciadores de desafios, porém, demonstram dificuldades em lidar com frustrações e fracassos (Friedlander, Reid, Shupak, & Cribbie, 2007).

#### *Falta de assistência psicológica*

A formação do aluno de medicina envolve a aproximação com situações de dor, sofrimento e morte, e, na maioria dos casos, não oferta ações institucionais que propiciem que os acadêmicos reflitam e trabalhem sobre os sentimentos surgidos em função dessas ocasiões. A fala do participante traz essa questão de não ter tido um amparo para lidar com situações difíceis inerentes ao curso em sua época de formação, demonstrando que, na formação médica, existem falhas que podem favorecer o índice de suicídios.

*Eu me lembro que no, durante a faculdade inteira, que a gente vive muita pressão, tu vê a morte, tu vê o acidente, tu vê a impotência, enfim... mas não tinha acompanhamento psicológico [...] (M8)*

Diversas vezes, assim como médicos já formados, os alunos em período de formação se sentem angustiados e tristes devido às situações de dor e sofrimento que vivenciam. Sabe-se, então, que sentimentos mal elaborados podem conduzi-los a comportamentos destrutivos, como o uso abusivo de álcool e drogas e ao próprio suicídio (Moreira, Vasconcellos, & Heath, 2015).

Diante das exigências e cobranças referidas anteriormente no texto, os participantes trouxeram o fato de que seria importante que existisse algum apoio psicológico que pudesse amparar esses estudantes ao longo de sua jornada acadêmica nas instituições de ensino.

*[...] eu acho que a gente tinha que ter um, um acompanhamento psicológico aqui dentro da universidade, conversar, debater, abrir esse jogo, esse leque, né... desestressar, enfim... tratamento psicológico né, acredito que todo mundo deveria ter um acompanhamento psicológico nas suas vidas, não necessariamente só pelo fato de tu ser médico, mas em especial trabalhar em um hospital público e com a saúde e a doença, né... eu acho que, que os profissionais eles deveriam ter esse acompanhamento, eu acho que é muito importante tanto na formação médica quanto no nosso trabalho[...]*  
(M8)

*[...] ter um preparo talvez até durante a formação [...] então eu acho que isso é uma coisa... se tivesse de repente durante a formação ou que a gente tivesse... eu faço terapia né, [...] mas acho que isso ajudaria, ter uma ajuda, um auxílio, um treinamento [...] isso aliviaria um pouco a tensão, o estresse. (M5)*

*[...] eu acho que as instituições, deveriam se preocupar com o estado psicológico dos médicos. Dito a carga que eles são colocados, gravidade das doenças, são doenças bem impactantes na vida das pessoas e isso a gente absorve de certa forma. E, trabalhando essa parte psicológica dos médicos nas instituições, melhoraria a qualidade ofertada aos pacientes. (M8)*

Um estudo realizado com estudantes na Universidade Federal de Santa Catarina concluiu que o ensino acadêmico na área da medicina deveria estar preparado para receber, respeitar, escutar e ajudar seus alunos a desenvolver estratégias para lidar com a pressão vivenciada no cotidiano acadêmico e futuramente profissional. Deveria, também, proporcionar suporte psicológico, principalmente para os alunos que estivessem passando por dificuldades (Zonta, Robles, & Grosseman, 2006).

Outro fator importante sobre assistência psicológica refere-se ao fato de que, muitas vezes, os estudantes apresentam algumas dificuldades na relação médico-paciente. Os depoimentos consideram, não existirem no curso, subsídios para ajudar os alunos a lidar com as angústias emergentes dessas dificuldades. Segue a fala de um participante, que mostra essa preocupação:

*[...] é um coisa muito importante, até porque a gente, o que a gente fala pro paciente repercute em ser uma coisa maravilhosa ou em ser uma coisa terrível, em tudo que tu fala deveria ser pensado e ser colocado da melhor forma possível. E a gente é treinado pra saber a parte técnica, mas não é... a não ser que seja psiquiatra, né... treinado pra saber colocar as palavras de uma forma melhor... lidar com essa parte psicológica é importante, dar um certo conforto ao paciente... a gente vai aprendendo com os anos, né, vai tendo experiência e a gente vai ficando mais doce, vai ficando mais calmo, vai ficando mais seguro, né, nessa ordem, né... porque no início tu tem muita insegurança [...]* (M8)

A falta de atenção com o bem-estar de estudantes, além de ser uma questão de saúde individual, acaba acarretando um problema de saúde pública a partir do momento em que, ao

prejudicar a instrução e formação dos futuros médicos, causará prejuízos que recairão inevitavelmente nos usuários (Lima, Soares, Prado, & Albuquerque, 2016).

### **Considerações finais**

Durante a formação em medicina, os alunos, ao longo do tempo, passam a ter contato com o sofrimento de seus pacientes e, muitas vezes, com o sofrimento dos familiares dos pacientes, com a dor, com doenças graves, com pacientes terminais e também com a morte, fazendo com que vivenciem o seu próprio sofrimento diante dessas situações. Tudo isso, geralmente, acarreta em um desgaste emocional e sofrimento psicológico muito intensos. Ao longo do período de sua formação, as idealizações a respeito do curso vão diminuindo e a realidade estressante vai surgindo.

Nos discursos dos participantes, observou-se que eles acreditam que o número de alunos com transtornos psiquiátricos é alto, provavelmente em função das exigências e pressões do curso, o que pode culminar em casos de suicídios. Os participantes também acreditam que cobranças por parte dos professores, da alta carga horária do curso e as cobranças autoimpostas pelos próprios alunos, muitas vezes, acabam fazendo com que os acadêmicos cometam suicídio.

Foi apontada, pelos participantes, a importância de uma assistência psicológica aos estudantes durante seus anos de faculdade, pois acreditam que isso ajudaria os alunos a lidar melhor com todas as mudanças, dificuldades e pressões que enfrentam ao escolherem seguir a carreira médica.

É importante pensar sobre a saúde mental de estudantes de medicina, o quanto um acompanhamento psicológico é necessário para que alunos, em seus anos de formação, saibam que, se passarem por momentos difíceis, eles terão profissionais especializados para atendê-los

e, principalmente, que procurar ajuda não desmerece o profissional que ele é ou irá se tornar, ao contrário, irá colaborar para seu bem-estar e para qualidade do trabalho oferecido.

Acredita-se realmente necessário pensar numa forma de amparar esses alunos em formação na instituição onde já ocorreram suicídios. Sugere-se que seja criado um local de assistência psicológica a esses estudantes, pois é fundamental voltar um olhar diferenciado à saúde mental dos futuros médicos, especialmente pelo fato de que são eles que estarão entre os profissionais que irão cuidar da saúde da população. A assistência psicológica pode servir como forma de ajudar na elaboração de conflitos oriundos da sua formação, auxiliando na formação de sua identidade profissional e possibilitando o desenvolvimento de uma prática médica humanizada. Recomenda-se, também, a importância de se rever os parâmetros da formação em medicina, a relevância de se permitir abrir um espaço para compartilhamento de fragilidades e dificuldades dos alunos, hoje tão combatidas.

O ideal seria que, além de estudantes, médicos já formados também dispusessem de um espaço em seus locais de trabalho, principalmente em grandes instituições públicas, com atendimento psicológico, pois as pressões no ambiente médico, além de outros fatores de risco, não findam após o período de formação, perduram por toda a carreira.

### Referências

Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Brasil, (2012). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 466/2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF. Recuperado de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Brasil, (2016). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 510/2016. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF. Recuperado de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

- Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(2), 389-394. doi: 10.1590/S0102-311X2011000200020.
- Friedlander, L. J., Reid, G. J., Shupak, N., & Cribbie, R. (2007). Social Support, Self-Esteem, and Stress as Predictors of Adjustment to University among First-Year Undergraduates. *Journal of College Student Development*, 48(3), 259-274. doi: 10.1353/csd.2007.0024
- Guimarães, K. B. S. (2007). Estresse e o estudante de medicina. In: K. B. S. Guimarães. Saúde mental do médico e do estudante de medicina. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kaplan, H., & Sadock, B., & Grebb, J. (1997). O desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital. In: H. Kaplan & B. Sadock (Org.), *Compêndio de psiquiatria*, (85-93). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lima, R. L., Soares, M. E. C., Prado, S. N., & Albuquerque, G. S. C. (2016). Estresse do Estudante de Medicina e Rendimento Acadêmico. *Revista Brasileira de Educação Médica* 40(4), 678-684. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01532015>
- Meleiro, A. M. A. S. (2015). Consequências do trabalho na saúde mental do médico: qual a realidade? In: Q. Cordeiro, D. Razzouk & M. G. A. Lima (Org.), *Trabalho e saúde mental dos profissionais de saúde*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo.
- Millan, L. R., Marco, O. L. N. de, Rossi, E., Millan, M. P. B., & Arruda, P. V. (1991). Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. *Rev ABP-APAL*. 13, 137-42. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=123220&indexSearch=ID>
- Minayo, M.C.S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Hucitec.
- Moraes, R. (2003). Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Ciência & Educação*, 9(2), 191-211. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-73132003000200004>
- Moreira, S. N.T., Vasconcellos, R. L. S. S., & Heath, N. (2015). Estresse na formação médica: como lidar com essa realidade? *Revista Brasileira de Educação Médica* 39(4), 558-564. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e03072014>.
- Nogueira-Martins, L. A. (2012). Saúde mental dos profissionais de saúde. In: N. J. Botega (Coord.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*, (98-112). Porto Alegre: Artmed.
- Pritchard, M. E., Wilson, G. S., & Yamnitz, B. (2007). What predicts adjustment among college students? A longitudinal panel study. *Journal of American College Health*, 56(1), 15-21. doi: 10.3200/JACH.56.1.15-22.

- Ross, S., Heath, N., & Toste, L. (2009). Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 83-92. doi: 10.1037/a0014826.
- Turato, E. R. (2000). Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa Definição e Principais Características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Portugal. 2(1), 93-108. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/287/28720111.pdf>
- Turato, E. (2011). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Vasconcelos, T. C., Dias, B. R. T., Andrade, L. R., Melo, G. F., Barbosa, L., & Souza, E. (2015). Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *Rev. bras. educ. med.*, 39(1), 135-142. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e00042014>.
- Vianna, A., & Picelli, H. (1998). O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 44, 21-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42301998000100005>.
- Zonta R., Robles, A. C. C., & Grosseman S. (2006). Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. *Rev. bras. educ. med.*, 30(3), 147-153. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022006000300005>.
- Wright F., Bewick, M. B., Barkham, M., House, A.O., & Hill, A. J. (2009). Co-occurrence of self-reported disordered eating and self-harm in UK university students British. *Journal of Clinical Psychology*, 48(4), 397-410. doi: 10.1348/014466509X410343.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta pesquisa, considera-se importante ressaltar que o processo do estudo aqui apresentado iniciou com o interesse da pesquisadora em desenvolver seus conhecimentos acerca do suicídio, fenômeno cada vez mais presente na atualidade, juntamente com um público vinculado com a busca, quase incessante, de salvar vidas, “derrotando”, assim, a morte: os médicos. Portanto, foi um processo desafiador, e, ao mesmo tempo, satisfatório.

Abordar assuntos que dizem respeito à morte e todas as situações que estão relacionadas a ela é muito difícil, pois, na maioria das vezes, os sujeitos tentam afastá-la, desconsiderá-la, como se o fato de não falar ou pensar sobre fizesse-a não existir. Diferentes discussões são suscitadas quando o assunto é a morte e suas vicissitudes.

Acrescenta-se, ainda, que, para a concretização da pesquisa, foi preciso o contato com os profissionais médicos, que possuem, em sua formação profissional, bastante arraigado o fato de visarem ininterruptamente à cura de doenças e ao afastamento da morte sempre que possível. Além disso, os participantes foram convidados a refletir e discutir sobre o suicídio entre seus colegas de profissão, aproximando-os ainda mais da morte. Salienta-se que a pesquisa não objetivou conhecer o certo ou errado, muito menos realizar julgamentos sobre suicídios cometidos por médicos, mas sim verificar as percepções que esses profissionais possuíam acerca do suicídio realizado por seus colegas.

Dessa forma, a partir das conversas com os profissionais médicos, notou-se o quanto ainda existe certa dificuldade em conversar sobre suicídios. Seus discursos, geralmente, mostravam-se racionalizados e, para a maioria dos entrevistados, a participação nesta pesquisa implicou na primeira vez em que eles pensaram sobre o assunto, apesar de ser presente em seus cotidianos.

Evidenciou-se, no estudo, que a rotina bastante desgastante desses profissionais, com muitas exigências técnicas e pessoais, pode acabar levando os sujeitos a desenvolverem depressão e síndrome de *burnout*. Destaca-se que o uso indiscriminado de álcool e outras drogas foram percebidos como muito presentes entre os médicos, estando associado ao risco de suicídio por ser mortífero, movido pelos impulsos de morte e denunciador de formas fugazes de lidar com o estresse, a angústia, a insegurança – de “anestesia da dor” ou fuga da realidade, que evidencia um comportamento autodestrutivo e que potencializa o risco de suicídio. Ressalta-se o fato de considerarem a automedicação relacionada à realização de suicídios, visto que muitos profissionais se autotratam por vergonha de solicitar ajuda, realizando, na maioria das vezes, tratamentos incorretos.



Acerca do suicídio, foram trazidas questões relacionadas com o “futuro médico”, uma preocupação com esses sujeitos que ainda estão em formação. Houve casos de acadêmicos de medicina da instituição que realizaram suicídios ao longo da graduação. Os participantes atribuíram a ocorrência de suicídio à pressão do curso, dos professores, do contato com a carga emocional de pacientes e familiares, do contato com a morte, das cargas horárias pesadas e própria exigência dos alunos. Nesse ponto, ressalta-se a importância de se repensar o quanto os parâmetros de formação da medicina ainda estão muito voltados para o aperfeiçoamento técnico, sem se importar com questões emocionais e fragilidades dos sujeitos ao longo dos anos de formação.

Acredita-se que tanto a formação em medicina quanto a profissão de médico sejam muito desgastantes e exigentes, demandando, dos sujeitos, tanto aspectos profissionais quanto pessoais, no entanto, eles dificilmente recebem um suporte e um apoio no que se refere às questões pessoais e emocionais. São profissionais que lidam com cobranças, pressões, morte, e exigências que, muitas vezes, acabam tornando-os mais enrijecidos, com dificuldades em demonstrar suas fragilidades, negando-as e também com dificuldades de solicitar ajuda, mesmo que seja de um colega.

Compreende-se que, na instituição em estudo, onde já houve casos de suicídios de médicos, seja importante a existência de um local que ofereça assistência e apoio com profissionais da área da psicologia e também da psiquiatria para que os sujeitos utilizem quando considerarem necessário, inclusive estendido aos alunos de graduação. É importante que os médicos sejam percebidos como sujeitos, independente de sua formação profissional, com fragilidades, medos, angústias e inseguranças. É necessário que esses profissionais possuam um espaço onde possam receber suporte e refletir sobre seus sentimentos e dificuldades emocionais. Ainda, entende-se que o assunto suicídio precisa deixar de ser tão estigmatizado e que a instituição perceba a importância de se pensar e discutir esse assunto entre os profissionais em seus diferentes setores. Sendo um fenômeno cada vez mais presente, o suicídio precisa deixar de ser um tabu.

## REFERÊNCIAS

- AGARIE, C. A.; LOPES, P. S.; CORDÁS, T. A. Suicídio, “Doença das condições do trabalho” entre médicos e estudantes de medicina. **Arq. Med. ABC**, v. 6, n. 1:2, p. 5-7, 1983. Disponível em: <<http://www.portalnepas.org.br/amabc/article/view/535/525>>. Acesso em: 26 jul. 2015.
- APA. American Psychological Association. **Publication manual of the American psychological association**. APA, 2013.
- ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BENINCASA, M.; REZENDE, M. M. Tristeza e suicídio entre adolescentes. Fatores de risco e de proteção. **Boletim de Psicologia**, v. 6, n. 124, p. 93-110, 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S000659432006000100007&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S000659432006000100007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 7 jun. 2015.
- BOTEGA, J. N. **Crise suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2015.
- BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2017.
- CHIAVENATO, J. J. **A morte**: uma abordagem sociocultural. São Paulo: Moderna, 1998.
- DAOLIO, E. R. Suicídio: tema de reflexão bioética. **Revista Bioética**, v. 20 n. 3, p. 436-441, 2012. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/763](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/763)>. Acesso em: 7 ago. 2015.
- DUARTE, A. C.; ALMEIDA, D. V.; POPIM, R. C. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. **Interface, comunicação, saúde, educação**, v. 19, n. 55, p. 1207-1209, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401207&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401207&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 29 set. 2016.
- DURKHEIM, E. **O suicídio**: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 1897/2000.

EIZIRIK, C. L.; POLANCZYK, G. V.; EIZIRIK, M. O médico, o estudante de Medicina e a morte. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 44, n. 1,2, p. 50-55, jan./jun., 2000. Disponível em: <<http://www.amrigs.org.br/revista/44-01-02/O%20m%C3%A9dico,%20o%20estudante%20de%20Medicina%20e%20a%20morte.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

FONTANELLA, B. J .B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HARRINGTON, J. M.; Shannon, H. S. Mortality study of pathologists and medical laboratory technicians. **British Medical Journal**, v. 4, p. 329-332, 1975. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1675173/pdf/brmedj01472-0031.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2015.

HELLIWELL, P. J. Suicide amongst anaesthetists in training. **Anaesthesia**, v. 38, 1983. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2044.1983.tb12487.x/epdf.>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

HENNEZEL, M. A morte no centro da vida. In: HENNEZEL, M. (Org.). **Morrer de olhos abertos**. Portugal: Casa das Letras, 2006. p. 55-73.

KOVÁCS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, v. 14, n. 2, p. 115-167, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642003000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000200008)>. Acesso em: 15 abr. 2015.

KOVÁCS, M. J. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 15, n. 3, p. 69-82, 2013. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/6199.>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

KRUG, E. G. et al. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. World Health Organization, 2002.

MARTINS, L. A. N. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. **Rev Bras Clin Terap**, v. 20, n. 9, p. 355-64, 1991.

MCCUE, J. The effects of stress on physicians and their medical practice. **The New England Journal of Medicine**, v. 306, n.8, p. 458-463, 1982. Disponível em: <<http://sci-hub.cc/10.1056/nejm198202253060805>>. Acesso em: 19 maio 2015.

MCINTYRE, T. M. Stress e os Profissionais de Saúde: os que tratam também sofrem. **Análise Psicológica**, v. 2-3, n. XII, p. 193-200, 1994. Disponível em: <[http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3091/1/1994\\_23\\_193.pdf.>](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3091/1/1994_23_193.pdf.>). Acesso em: 17 ago. 2015.

MDT. **Manual para estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses.** Universidade Federal de Santa Maria, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Biblioteca Central, Editora da UFSM. 9. ed. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2015.

MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Ass Med Brasil**, v. 44, n. 2, p. 135-140, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42301998000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012)>. Acesso em: 13 maio 2015.

MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio na população médica: qual a realidade? **RBM**, v. 70, p. 20-28, mar./abr., 2013. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5490](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5490)>. Acesso em: 2 set. 2015.

MENEGHEL, S. N., et. al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Públ.**, v. 38, n. 6, p. 804-810, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/08.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo, Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia nacional de prevenção do suicídio.** 2012. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v9n2/04.pdf>>. Acesso em 27 ago. 2015

QUINTANA, A. M.; CECIM, P. S.; HENN, C. G. O Preparo para Lidar com a Morte na Formação do Profissional de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 204-210, set./dez., 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=333750&indexSearch=ID>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

RICHINGS, J. C.; KHARA, G. S.; MC DOWELL, M. Suicide in young doctors. **Br. J. Psychiatry**, v. 149, p. 475-478, 1986. Disponível em: <<http://sci-hub.cc/10.1192/bjp.149.4.475>>. Acesso em: 3 jul. 2015.

SAKINIFSKY, I. Suicide in doctors and their wives. **BMJ**, v.1, p. 386-387, 1980. Disponível em: <<http://www.bmj.com/sci-hub.cc/cgi/doi/10.1136/bmj.281.6236.386>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

STARZEWSKI, A. J.; ROLIM, J. C.; MORRONE, L. C. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 51, n. 1, p. 11-16, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302005000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000100013)>. Acesso em: 18 jan. 2016.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

TURATO, E. R. Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa Definição e Principais Características. **Rev. Portuguesa de Psicossomática**, Portugal, v. 2, n. 1, p. 93-108, jan./jun., 2000. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/287/28720111.pdf>>. Acesso em 6 out. 2015.

VIANA, G. N. et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **J. Bras. Psiquiatria**, v. 57, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a08.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2015.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez., 2014. Disponível em: <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144>>. Acesso em: 3 set. 2015.

WATERSON, D. J. Psychiatric illness in the medical profession: incidence in relation to sex and field of practice. **CMAJ**, v. 115, p. 311-317, 1976. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1878673/>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Rev. Interam. Psicol.**, v. 39, n. 2, p. 259-266, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28439210>>. Acesso em: 7 abr. 2015.

WERLANG, B. S. G.; MACEDO, M. M.; KRÜGER, L. L. Perspectiva Psicológica. In N. BOTEGA, B. S. G. WERLANG (Org.). **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 45-58.

WHO. **World Health Organization**. Comprehensive mental health action plan 2013-2020. Geneva, 2013.

## **APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

O seguinte roteiro contém alguns eixos norteadores para conduzir a entrevista. Conforme (MINAYO, 2010), um roteiro serve como um guia e não possui o “poder” de prever todas as situações que podem se tornar presentes durante a execução do trabalho. Desta forma, pretende-se realizar uma entrevista flexível e não rígida e controlada.

- a morte quando não natural
- quando se perde alguém que cometeu suicídio
- suicídio em pacientes (não médicos) e em profissionais médicos
- ambiente de trabalho
- morte de um colega de profissão através do suicídio
- fatores que acredita favorecerem o suicídio
- fatores que acredita ajudarem a evitar o suicídio

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: Percepções de médicos acerca do suicídio cometido por colegas de profissão

Pesquisador responsável: Alberto Manuel Quintana

Instituição/Departamento: UFSM/Psicologia

Telefone: (55) 3220-9304

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas que serão gravadas em áudio e transcritas, no Hospital Universitário de Santa Maria ou nos consultórios particulares dos participantes. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM - Avenida Roraima, prédio 74B, sala 3212A, CEP: 97105-340 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Alberto Manuel Quintana. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 18/03/2016, e recebeu o número Caae 53310215.3.0000.5346.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Alberto Manuel Quintana  
Orientador/Pesquisador Responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM – Av. Roraima, 1000 - CEP: 97105-900 Santa Maria – RS – 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com  
Web: [www.ufsm.br/cep](http://www.ufsm.br/cep)

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa intitulada “**Percepções de médicos acerca do suicídio cometido por colegas de profissão**”. A pesquisa buscará investigar as percepções que médicos, possuem sobre o ato suicida realizado por seus colegas de profissão.

Para isso, solicitamos sua colaboração voluntária na participação desta pesquisa, na qual poderá se afastar a qualquer momento. Você será convidado a participar de uma entrevista individual e para melhor registro dos dados, as entrevistas serão gravadas, se assim concordar. Salientamos que será mantido o seu anonimato e as gravações após serem transcritas serão apagadas, ficando aos cuidados dos pesquisadores. Caso alguma pergunta lhe cause desconforto, esta não precisará ser respondida. Os resultados deste estudo serão divulgados aos participantes da pesquisa, comunidade geral e científica, lembrando que qualquer forma de divulgação garantirá a confidencialidade das informações.

Sua participação não implicará em ganhos diretos, tampouco trará riscos maiores que os provenientes de uma conversa informal. Porém, se houver no momento da pesquisa algum fator que lhe provoque angústia, você será encaminhado a atendimento psicológico gratuito, na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP), localizada na Avenida Roraima, 1000, Prédio 74B, sala 3113, Santa Maria - RS, CEP: 97105-340. O telefone para contato é (55) 3220-9229.

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra com os pesquisadores.

Sempre que considerar necessário, você poderá solicitar esclarecimentos sobre aspectos da pesquisa pelo contato com o pesquisador-responsável Prof. Dr. Alberto M. Quintana através do telefone (55) 3220-9304 e com a pesquisadora Tassiéli M. Simas através do telefone (55) 9686-4686. Agradecemos a sua colaboração, desde já.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

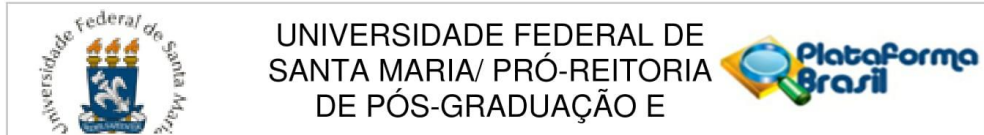
\_\_\_\_\_  
Tassiéli Mendes Simas – Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Alberto Manuel Quintana – Orientador/Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM – Av. Roraima, 1000 - CEP: 97105-900 Santa Maria – RS – 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com Web: [www.ufsm.br/cep](http://www.ufsm.br/cep)



## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepções de médicos acerca do suicídio cometido por colegas de profissão

**Pesquisador:** Alberto Manuel Quintana

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53310215.3.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.457.062

#### Apresentação do Projeto:

O presente projeto de dissertação objetiva compreender as percepções de médicos acerca do suicídio cometido por colegas de profissão. Entende-se que este estudo possa contribuir para a compreensão dessa problemática e de maneira extensiva promover espaços de fala e reflexão destes profissionais médicos. A autora considera que é importante que se pense na saúde destes profissionais, especialmente na saúde mental, e que de alguma forma isso possa contribuir para que casos de suicídios sejam melhores compreendidos e também prevenidos. Para tanto, será utilizada a pesquisa qualitativa, de cunho exploratório e descritivo. A amostra será composta por médicos (atuantes no HUSM/SM) e delimitada pelo critério de saturação, o instrumento para coleta de dados serão entrevistas semidirigidas e a análise será através da análise de conteúdo. A pesquisadora, ainda, se comprometer-se-á em respeitar todos princípios éticos referentes à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que guia a ética em pesquisas com seres humanos. Dessa forma, serão respeitados os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, garantindo os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: compreender as percepções de médicos acerca do suicídio cometido por colegas de

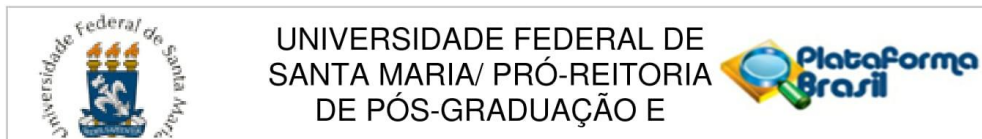
**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970

**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.457.062

profissão.

Objetivos específicos

- Conhecer as percepções que médicos atribuem para uma forma de morte auto-infligida.
- Investigar as estratégias que médicos utilizam para lidar com a perda de colegas que realizaram um ato suicida.
- Investigar os sentimentos provocados pela morte de um colega por suicídio.

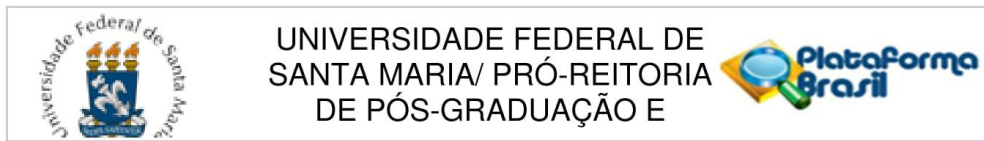
**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios da pesquisa estão descritos de forma adequada.

Riscos: o seguinte estudo apresenta riscos mínimos em função dos seus objetivos e metodologia escolhida. No entanto os participantes poderão lembrar-se de situações vivenciadas com colegas próximos de profissão e comentarem sobre as mesmas, podendo demonstrar desconforto; dessa forma, será novamente falado sobre a possibilidade de desistência da participação no estudo, finalização da entrevista ou ainda uma postura da entrevistadora no sentido de buscar minimizar a possível angústia demonstrada pelo participante. Se a pesquisadora considerar necessário, os participantes poderão ser encaminhados para atendimento psicológico, gratuito, na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria, bastando para isso, contatar os responsáveis por este estudo.

- Benefícios: em relação aos benefícios do estudo, embora não existam diretamente aos participantes, acredita-se que os mesmos possam desejar participar e colaborar com dados importantes para a execução e efetivação desta pesquisa, contribuindo para a produção de conhecimento científico sobre a temática, que ainda apresenta algumas resistências em ser investigada, incluindo o contexto que se encontram, o ambiente hospitalar, e escassa produção brasileira. Entende-se ainda, que a pesquisa pode possibilitar um espaço de escuta e reflexões a estes profissionais, que por muitas vezes, podem não possuir esse espaço.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.457.062

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados de forma adequada.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

.

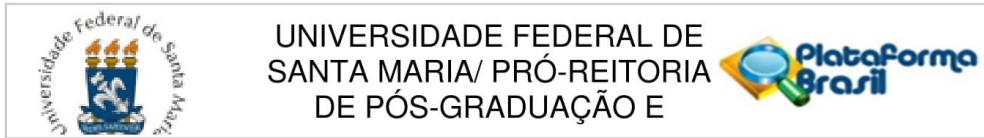
**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_646367.pdf	17/02/2016 00:29:24		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	17/02/2016 00:28:54	Tassiéli Mendes Simas	Aceito
Outros	Registro_GEP.pdf	22/12/2015 19:18:59	Tassiéli Mendes Simas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	22/12/2015 19:16:57	Tassiéli Mendes Simas	Aceito
Outros	TC.pdf	22/12/2015 19:14:07	Tassiéli Mendes Simas	Aceito
Outros	Registro.pdf	22/12/2015 19:12:35	Tassiéli Mendes Simas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/12/2015 19:08:18	Tassiéli Mendes Simas	Aceito

**Situação do Parecer:**

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.457.062

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 18 de Março de 2016




---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

1133121-96864686

 	Universidade Federal de Santa Maria Hospital Universitário de Santa Maria Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

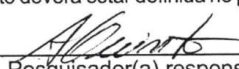
**REGISTRO DE DE PROJETOS**

Nº Inscrição GEP 0832015      Data: 04/12/2015

Pesquisador(a): Alberto Manuel Quintana      Função: Professor  
 SIAPE: 379806      Telefone: 8129-4258      Unidade/Curso: Psicologia  
 E-mail: albertom.quintana@univale.com  
 Título: Percepções de médicos acerca do suicídio cometido por colegas de profissão


**TIPO DE PROJETO:**  Pesquisa     Extensão     Ensino     Institucional  
**FINALIDADE ACADÊMICA:**  TCC     Especialização     Mestrado     Doutorado  
 Iniciação Científica     Mestrado Profissional     Outros  
 Qual programa: Programa de Pós-graduação em Psicologia  
**TIPO DE PESQUISA:**  Inovações Tecnológicas em Saúde     Ciências Sociais e Humanas aplicadas a Saúde  
**Ensaio Clínico:**  Fase I     Fase II     Fase III     Fase IV     Epidemiológico  
 Infraestrutura     Avaliação de Tecnologia em Saúde     Biomédica (*Strito Sensu*)  
 Clínica Epidemiológica Observacional     Pré-Clínica     Qualitativa     Sistema de Saúde  
 Planejamento e Gestão de Políticas; Programa e Serviços da Saúde     Outras Ações de C & T  
**FUNTE DE FINANCIAMENTO:**  Recursos do Pesquisador     HUSM     Agência Pública de Fomento Nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc)     Agência Pública de Fomento Internacional  
 Indústria Farmacêutica     Edital Interno UFMS, Qual?  
**GRUPO DE PESQUISA:**  Não     Sim, Qual? Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde

**OBS:** A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.

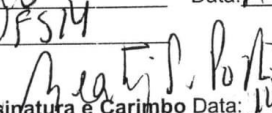
  
 Pesquisador(a) responsável

**AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL**

► **SETORIAL:**  
 Atenção chefia: favor ler o projeto e avaliar as condições de realização no Setor antes de assinar

Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto	Assinatura e Carimbo dos Responsáveis
<u>Unidade de Realiz.</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	 Dr. Sílvia Luis Marcon Ribeiro Chefe Div. de Apoio Diag. e Terapêutico HUSM - EBSERH CREMERS 15.742
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

► **COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM:** De acordo      Data: 11/12/2015  
 ► **PARECER FINAL GEP/HUSM:** Pro CEP/UFMS

Assinatura e Carimbo Data: 14/12/2015  
  
 Prof.ª Beatriz Silvana da Silveira Porto  
 Gerente de Ensino e Pesquisa  
 HUSM - EBSERH  
 SIAPE 1146155

A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação do CEP/UFMS e entrega do parecer consubstanciado na GEP/HUSM.