

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

TIAGO DE BRITO E SILVA

**SUICÍDIO ENTRE MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA  
REVISÃO DA LITERATURA**

SÃO LUÍS

2018

TIAGO DE BRITO E SILVA

**SUICÍDIO ENTRE MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA  
REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
como requisito para obtenção do grau de  
médico, pela Universidade Federal do  
Maranhão – UFMA.

Orientadora: Profa. Me. Adriana Lima dos Reis Costa

SÃO LUÍS

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a)  
autor(a). Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Silva, Tiago de Brito e.

Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: uma  
revisão da literatura / Tiago de Brito e Silva. – 2018.

28 f.

Orientador(a): Adriana Lima dos Reis Costa.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,  
São Luís, 2018.

1. Medical students    2. Physicians    3. Suicide    I.  
Costa, Adriana Lima dos Reis. II. Título.

TIAGO DE BRITO E SILVA

**SUICÍDIO ENTRE MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA  
REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
como requisito para obtenção do grau de  
médico, pela Universidade Federal do  
Maranhão – UFMA.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Adriana Lima dos Reis Costa** (orientadora)  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Maria do Carmo Lacerda Barbosa**  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Walquíria Lemos Ribeiro da Silva Soares**  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Fábio França Silva**  
Universidade Federal do Maranhão

## RESUMO

O suicídio é considerado, atualmente, um problema de saúde pública mundial, pois está, em diversos países, entre as três maiores causas de morte de adolescentes e adultos jovens. Entre médicos e estudantes de medicina, tem sido observada uma maior prevalência de suicídio e mortes violentas quando comparada ao restante da população em geral. Entretanto, poucos são os estudos que discutem essa temática. Assim, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre suicídio entre médicos e estudantes de medicina, com base em uma análise de artigos científicos retirados das bases de dados Scielo, Lilacs e Medline, publicados entre os anos de 1998 e 2017, nos idiomas inglês e português. As palavras-chave utilizadas foram: *suicide, physicians, medical students*. Foi observado que, quando confrontadas as taxas de suicídio na população em geral e as taxas entre os médicos, as últimas são frequentemente mais elevadas. Segundo a Fundação Americana de Prevenção do Suicídio, cerca de 300 a 400 médicos cometem suicídio a cada ano, aproximadamente 1 médico a cada dia. Entre os acadêmicos de medicina, estudos recentes referem que de 11,2-17,4% já apresentaram ideação e/ou comportamento suicida. Entre os fatores de risco para suicídio entre médicos, destacam-se os relacionados ao trabalho (condições de trabalho precárias, serviço estressante) e os psicossociais (depressão, ansiedade, síndrome de burnout, a não procura por ajuda profissional, entre outros). Entre as especialidades, os anestesistas, os psiquiatras e os cirurgiões são os médicos que mais se suicidam. As principais dificuldades no tratamento do médico estão relacionadas as características próprias de sua personalidade, pois eles frequentemente mostram-se relutantes em reconhecer e admitir os sinais de sua doença, além de acreditarem ser capazes de gerir seus transtornos. Conclui-se, então, que os acadêmicos e profissionais médicos são expostos a condições estressantes, que, associadas a fatores psicossociais, alteram sua qualidade de vida e prejudicam suas habilidades ocupacionais, podendo predispor a ideações suicidas e ao suicídio propriamente dito. Portanto, deve ser incentivado o diálogo sobre esta temática.

**PALAVRAS-CHAVE:** Suicídio. Médicos. Estudantes de Medicina.

## ABSTRACT

Suicide is currently considered a global public health problem, and it is, in several countries, among the top three causes of death among adolescents and young adults. Among physicians and medical students, a higher prevalence of suicide and violent deaths has been observed when compared to the rest of the population. However, there are few studies that discuss this issue. Thus, the objective of this study was to conduct a review of the literature on suicide among physicians and medical students based on an analysis of scientific articles researched in the Scielo, Lilacs and Medline databases, between 1998 and 2017 in Portuguese and English. The keywords used were: *suicide, physicians, medical students*. It was observed that when faced with suicide rates in the general population and rates among physicians, the latter are often higher. According to the American Foundation for Suicide Prevention, about 300 to 400 physicians commit suicide each year, approximately 1 physician every day. Among medical students, recent studies indicate that from 11.2 to 17.4% have already presented suicidal ideation and/or behavior. Among the risk factors for suicide among physicians are those related to work (poor working conditions, stressful service) and psychosocial factors (depression, anxiety, burnout syndrome, not seeking professional help, among others). Among the specialties, anesthesiologists, psychiatrists and surgeons are the most suicidal physicians. The main difficulties in treating the doctor are related to the characteristics of his personality, since they are often reluctant to recognize and admit the signs of his illness, besides believing to be able to manage their disorders. It is concluded that academics and medical professionals are exposed to stressful conditions that, associated with psychosocial factors, alter their quality of life and impair their occupational abilities, being able to predispose to suicidal ideation and suicide itself. Therefore, dialogue on this subject should be encouraged.

**KEYWORDS:** Suicide. Physicians. Medical students.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Objetivo geral.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>11</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>3.1 Tipo de estudo .....</b>	<b>12</b>
<b>3.2 Local e período de realização do estudo .....</b>	<b>12</b>
<b>3.3 Material de pesquisa .....</b>	<b>12</b>
3.3.1 Tipos de estudos incluídos .....	12
3.3.2 Fontes de estudos .....	12
3.3.3 Análise do material de pesquisa .....	13
<b>4 SUICÍDIO .....</b>	<b>14</b>
<b>4.1 Definição .....</b>	<b>14</b>
<b>4.2 Epidemiologia.....</b>	<b>14</b>
<b>4.3 Etiologia/Fatores de risco .....</b>	<b>16</b>
<b>4.4 Perturbações mentais e suicídio.....</b>	<b>17</b>
<b>4.5 Tratamento .....</b>	<b>18</b>
<b>4.6 Prevenção do suicídio .....</b>	<b>19</b>
<b>5 SUICÍDIO ENTRE MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA.....</b>	<b>21</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>26</b>

## 1 INTRODUÇÃO

“Medicina da USP se mobiliza após tentativas de suicídio” (FOLHA DE SÃO PAULO, 2017)\*. “Pressão provoca “surto de suicídio” entre estudantes de Medicina da USP” (REVISTA FÓRUM, 2017)\*\*. “Médico comete suicídio no Centro” (NOVA TV, 2016)\*\*\*. Três manchetes, três formas diferentes de chamar atenção para o mesmo assunto: o crescente número de casos de suicídio entre acadêmicos de medicina e profissionais médicos. O suicídio já é considerado um grave problema de saúde pública, sendo a 3ª causa de morte entre adolescentes (1).

Tem sido verificada a associação entre o alto nível de estresse enfrentado pelos estudantes de medicina e diversos fatores, tais como pressão acadêmica, atividades curriculares extensas e desgastantes, privação do sono, contato com o paciente e seus familiares em situações complicadas, pouco tempo livre para cuidar da sua própria saúde física e mental, competitividade e individualismo, os quais são considerados importantes para um prejuízo na qualidade de vida do estudante, interferindo, assim, na saúde desse acadêmico no seu sentido mais integral (2).

Dentre estudantes universitários, de 15% a 25% apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico durante o período universitário, com destaque para os transtornos depressivos e os ansiosos. Entre os principais sintomas depressivos estão a redução do rendimento e da aprendizagem nas tarefas cotidianas, ocorrência de baixa autoestima, insegurança, diminuição de assiduidade e pontualidade. Os sintomas ansiosos também podem interferir no comportamento assertivo do indivíduo e assim prejudicar suas atividades acadêmicas (3).

Existem alguns fatores associados à depressão, entre eles estão o abuso de drogas e o suicídio. O suicídio é considerado uma consequência extrema de uma depressão grave. Muitos estudantes buscam nas drogas formas de lidar com os sintomas depressivos. Alguns estudos consideram como fatores de risco para sintomas depressivos o apetite diminuído, a preocupação com a saúde e o baixo interesse sexual. Já a perda de peso intencional é considerada um fator de proteção (4).

\*Disponível na internet em <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/04/1874794-medicina-da-usp-se-mobiliza-apos-tentativas-de-suicidio.shtml>>. Acesso em 16/04/2017.

\*\*Disponível na internet em <<http://www.revistaforum.com.br/2017/04/12/pressao-provoca-surto-de-suicidio-entre-estudantes-de-medicina-da-usp/>>. Acesso em 16/04/2017.

\*\*\*Disponível na internet em <<http://novatvfriburgo.com.br/noticia/548/medico-comete-suicidio-no-centro>>. Acesso em 16/04/2017.



No âmbito da mortalidade entre médicos, as principais causas de morte se assemelham as causas da população em geral (doenças crônicas não transmissíveis, doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório). Entretanto, suicídios e mortes violentas parecem mais frequentes entre esses profissionais. Com relação a faixa etária, nota-se a mortalidade entre médicos em idades inferiores quando comparadas à população em geral. Tais dados sugerem que o estilo de vida desse profissional possa influenciar o perfil de mortalidade (5).

Depois de formado, o médico é exposto a ambientes de grande pressão, longas jornadas, frequentemente sem condições mínimas de trabalho. Além da responsabilidade pelo tratamento do paciente, o relacionamento com os familiares do mesmo e com a própria equipe de saúde. Tais fatores, e muitos outros, estão associados a níveis elevados de estresse que contribuem para prejudicar a qualidade de vida desse profissional, já diminuída desde o tempo da faculdade (6) (7).

Com relação ao enfrentamento das questões relacionadas aos transtornos depressivos, ansiosos e ideias suicidas é possível observar a dificuldade dos estudantes e médicos em procurar ajuda especializada. O estigma psiquiátrico contribui para o sentimento de que os indivíduos nessa situação devem enfrentar seus problemas por conta própria, pois uma exposição pode comprometer sua carreira acadêmica e profissional. Nesse contexto, torna-se de grande importância o rastreamento dos principais sintomas de transtornos psiquiátricos entre os alunos mais suscetíveis para posterior acompanhamento em centros especializados em saúde mental (8).

Apesar da magnitude da questão, o que se constata é que pouco tem se publicado sobre a atuação de grupos de intervenção entre os chamados “sobreviventes”, profissionais próximos ao indivíduo que se suicidou. É recorrente o sentimento de medo, raiva, tristeza e culpa entre a família, amigos ou médicos, principalmente, porque estudos apontam que a maior parte das pessoas que se suicidam demonstram comportamento diferente do habitual e até comunicam previamente suas intenções aos mais próximos, ratificando a dimensão de um ambiente acadêmico e profissional aberto ao diálogo (9).

O presente estudo teve por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre suicídio entre médicos e estudantes de medicina utilizando produções científicas das principais plataformas de busca de dados que se mostrassem relevantes para o entendimento e posterior construção desse trabalho.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Realizar uma revisão de literatura sobre suicídio entre médicos e estudantes de medicina.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Traçar o perfil dos médicos e estudantes de medicina que praticam suicídio.
- Identificar os principais fatores de risco associados ao suicídio no público-alvo do estudo.
- Conhecer as formas principais de tratamento e prevenção do suicídio.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura sobre o tema “suicídio entre médicos e estudantes de medicina”.

#### **3.2 Local e período de realização do estudo**

O estudo foi realizado no período de janeiro a abril de 2017, na Faculdade de Medicina da UFMA – São Luís, Maranhão.

#### **3.3 Material de pesquisa**

##### **3.3.1 Tipos de estudos incluídos**

Foram incluídos, neste estudo, artigos científicos da área da saúde publicados em periódicos indexados, relacionados ao tema da pesquisa, e publicados nos idiomas inglês e português, entre os anos de 1998 e 2017. O escopo inicial foi revisar a literatura acerca do tema nos últimos 10 anos, porém, incluíram-se, também, publicações posteriores que se mostraram imprescindíveis à construção deste trabalho, ao total de seis.

Também foram incluídos textos de livros, monografias, dissertações e teses que tivessem relevância para o tema abordado.

##### **3.3.2 Fontes de estudos**

Os artigos utilizados nesta pesquisa foram selecionados com o auxílio das bases de dados Scielo, Lilacs e Medline. As palavras-chave utilizadas foram: *suicide*, *physicians*, *medical students*.

### 3.3.3 Análise do material de pesquisa

Após leitura criteriosa, selecionaram-se 52 artigos, dentre os quais 37 foram incluídos no trabalho, verificando-se em quais aspectos os mesmos se enquadravam na proposta do estudo e que contribuições teriam a oferecer em relação ao tema pesquisado.

## 4 SUICÍDIO

### 4.1 Definição

Segundo o dicionário Priberam (Disponível em versão online na internet no endereço eletrônico <<https://www.priberam.pt/dlpo>>), suicídio significa tirar a sua própria vida (matar-se); cometer dano a si mesmo. Suicídio vem da união de duas palavras em latim: *sui*, de si mesmo, e *cidium*, matar, ou seja, matar-se a si mesmo. Deve-se diferenciar tentativa, comportamento suicida e suicídio.

Para o sociólogo Émile Durkheim, suicídio se refere a todo o caso de morte que “resulta direta ou indiretamente de um ato positivo (por exemplo, enforcamento) ou negativo (por exemplo greve de fome) praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado”. Em 1984, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu suicídio como “ato de pôr termo à própria vida, com um resultado fatal, que foi deliberadamente iniciado e preparado, com o prévio conhecimento do seu resultado final, e através do qual o indivíduo pensou fazer o que desejava” (10).

A tentativa de suicídio se caracteriza por atos planejados e conscientes de tirar a própria vida que foram interrompidos antes que o objetivo final fosse atingido. O comportamento suicida é contínuo e tende a autoagressão e manifestação por atos suicidas, podendo culminar em tentativas ou suicídio propriamente dito. Conhecer o que é o comportamento suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio propriamente dito podem ajudar a entender o comportamento de indivíduos suscetíveis, a avaliar sua associação com as psicopatologias, seus fatores biopsicológicos e assim traçar estratégias e planos de tratamento e prevenção mais eficazes (11) (12).

### 4.2 Epidemiologia

O suicídio é um ato realizado pelo indivíduo; entretanto, é importante no contexto social e está associada a características sociodemográficas que apresentam semelhanças quando estudadas em diversas regiões do mundo. Estima-se que cerca de 800 mil pessoas se suicidam todos os anos e esse número deve chegar a 1,6 milhão de mortes em 2020. A taxa mundial de suicídio é de 11,4 óbitos por 100 mil habitantes (15,0 para homens e 8,0 para mulheres). Quanto a distribuição geográfica do suicídio no mundo, destacam-se as

regiões do Leste Europeu. América Latina, Europa Ocidental, Estados Unidos e Oceania que apresentam taxas intermediárias. Tais dados devem ser ainda mais expressivos, considerando o alto índice de subnotificação (13).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o perfil do suicida é frequentemente masculino, maior de 65 anos ou com faixa etária entre 15-30 anos. Dados obtidos em 2002 pela OMS revelaram maior frequência de suicídio entre indivíduos entre 5 e 44 anos. Com relação ao estado civil, observou-se que esse indivíduo é predominantemente solteiro, divorciado ou viúvo. Fatores sociais como ocupação (o suicídio é mais comum entre veterinários, farmacêuticos, dentistas, médicos e fazendeiros), desemprego, além de acesso a meios letais, pressão no trabalho, dificuldades financeiras e estresse também parecem estar associados a elevadas taxas de suicídio (14) (15).

No Brasil, cerca de 3,7% das mortes entre jovens (idade entre 15 a 29 anos) e 0,7% entre os não jovens (abaixo de 15 anos ou acima de 29 anos) estão relacionadas ao suicídio. No tocante a distribuição regional, no período de 10 anos (2002-2012), as áreas que mostraram o maior crescimento foram as das regiões Norte (77,7%) e Nordeste (51,7%), seguidos por Sudeste (35,7%), Centro-Oeste (16,3%) e Sul (15,2%). As variáveis idade e sexo apresentam as mesmas inclinações mundiais, com maior prevalência dos homens em relação as mulheres e faixa etária entre os 15 e 40 anos (16).

Com relação aos métodos usados para o suicídio são necessários mais estudos para obtenção de dados mais confiáveis. Contudo, nota-se a tendência apresentada no uso de pesticidas (30%) nas regiões de baixa renda e o enforcamento (50%) e uso de armas de fogo nos outros países e alta renda (4,5%). Nesses últimos, ganham notoriedade os países de alta renda da América, nos quais o uso de armas de fogo como meio de suicídio representa 46% do total. No Brasil, esses dados são equivalentes, sendo o enforcamento a forma mais usada (47%), seguido de armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Entre as mulheres são mais comuns meios não invasivos e entre os homens métodos mais agressivos, tais como uso de armas de fogo (17).

### 4.3 Etiologia/Fatores de risco

Para interpretar o suicídio no seu sentido mais amplo é importante entender que sua ocorrência depende da associação de muitos fatores de ordem biológica, socioeconômica e psicológica. Para OMS, a predisposição a transtornos mentais, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, uso de outras drogas, abuso, tentativa anterior de suicídio e a cultura são os maiores fatores de risco relacionados ao suicídio, podendo suas consequências aumentar a vulnerabilidade do indivíduo a um comportamento suicida (18).

Além dos fatores de risco supracitados, os problemas relacionados à saúde mental vêm se tornando relevantes para a compreensão do fenômeno do suicídio. Transtornos como a depressão e ansiedade, transtornos de humor, afetivos, esquizofrenias e baixa autoestima, podem vir a potencializar a ideação e o comportamento suicida. Dentre eles, a depressão vem ganhando amplo espaço por, juntamente com o abuso de substâncias, ser causa importante de pensamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio (19).

As situações de pobreza também devem ser levadas em consideração no contexto do suicídio. Estresse econômico, instabilidade familiar e desemprego ampliam os níveis de estresse, o sentimento de tristeza, impotência e ansiedade do indivíduo. A ocorrência da ideação e de atitudes suicidas anteriores devem servir de alerta aos profissionais e familiares, e deve-se ter cautela com o comportamento de imitação ou contágio, que ocorre devido a influência de um suicídio nas pessoas próximas ou veiculação de notícias de suicídio de pessoas famosas. Esse comportamento está muito relacionado ao suicídio em crianças e adolescentes (20).

Com relação ao suicídio, podemos relacionar ainda fatores que são considerados protetores, dentre eles acentuam-se uma boa relação interpessoal e interfamiliar, comunicação, interação social, cultura, esporte, lazer, religião, alimentação saudável, qualidade de sono e repouso. Indivíduos que possuem apoio do seu círculo familiar e de amizades tendem a desenvolver sinais e sintomas depressivos mais leves e, quando buscam auxílio profissional, têm uma maior adesão e, portanto, um tratamento mais eficaz (21).

#### 4.4 Perturbações mentais e suicídio

Estima-se que cerca de 90% dos indivíduos que cometeram suicídio possuíam alguma desordem psicológica e, desses, 60% apresentam depressão. São outros quadros psiquiátricos também relacionados ao risco de suicídio o transtorno bipolar, a esquizofrenia, o abuso de substâncias, as perturbações de personalidade e as perturbações de ansiedade (incluindo estresse pós-traumático). Porém, é válido ressaltar que ideias e comportamento suicidas não são privativos de indivíduos com distúrbios psiquiátricos; em aproximadamente 5 a 10% dos jovens que se suicidam não são identificados nenhum sintoma de alteração psicológica (22).

A depressão é a 4ª doença mais frequente no mundo. Cerca de 121 milhões de indivíduos sofrem dessa doença e 75% desses não tem acesso a tratamento. Nota-se que a mulher tem mais chances de sofrer de depressão (10-12% contra 5-12% no sexo masculino). O episódio de transtorno depressivo maior caracteriza-se por perda de interesse e/ou prazer por atividades outrora prazerosas ou humor deprimido. É necessário ainda que o indivíduo apresente pelo menos 4 sintomas adicionais como alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa (23).

O transtorno bipolar é representado por episódios recorrentes de mania, hipomania e depressão, existindo entre os episódios períodos de eutímia. Estima-se que até 50% dos portadores tentam o suicídio ao menos uma vez em suas vidas e 15% efetivamente o cometem. Os jovens com perturbação bipolar têm um maior risco de comportamentos suicidas. O transtorno de personalidade bipolar pode acarretar incapacidade, além de sofrimento para os pacientes e família. Uma das terapias medicamentosas utilizadas é o lítio, fármaco que é um estabilizador do humor com ação antissuicida (22) (24).

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico grave de evolução crônica e caracterizado por sintomas negativos como reduções das funções normais, retraimento social, embotamento afetivo, passividade, contato pobre, dificuldade no pensamento abstrato e falta de espontaneidade. Entre os sintomas positivos estão a ruptura da realidade: delírios, alucinações, distorção ou exagero da linguagem e da comunicação, fala e comportamento desorganizados. Tais sintomas são mais comuns nas crises. A prevalência de suicídio é de aproximadamente 10% entre esquizofrênicos; portanto, além



de prevenir recaída, o tratamento psiquiátrico deve atuar na prevenção de suicídio, reabilitação do indivíduo e diminuição do estresse familiar (25) (26).

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é um transtorno psiquiátrico caracterizado por preocupação excessiva. Para fins diagnósticos, deve durar por um período mínimo de seis meses e ser acompanhada por pelo menos três sintomas (inquietação, irritabilidade, fadigabilidade, perturbação do sono, tensão muscular e/ ou dificuldade de concentração). É um transtorno com altas taxas de comorbidades e associados com risco de cerca de 33 vezes maior de apresentar transtorno depressivo e 20 vezes maior de apresentar transtorno de pânico em relação a população geral. Sabe-se ainda da forte associação do comportamento suicida com transtornos psiquiátricos (88%-98%), inclusive os de ansiedade (27).

O abuso de álcool e outras substâncias está fortemente associado a crimes violentos e comportamento suicida. O estado de embriaguez prejudica o senso crítico e provoca sensação de coragem que resulta em atitudes movidas por impulso. Outro fator de risco importante para o suicídio, a presença de transtorno psiquiátrico é duas vezes mais frequente em pessoas que ingerem bebidas alcoólicas em relação as que não consomem. Estima-se que entre os dependentes químicos o risco de suicídio é cerca de 10% e a prevalência de tentativa de suicídio de 43% em pacientes internados para tratamento de alcoolismo (28).

#### **4.5 Tratamento**

Para que o manejo do indivíduo com risco de suicídio seja o mais eficaz possível, o profissional deve identificar no paciente fatores de risco, suporte social e diagnósticos psiquiátricos de base. Uma anamnese detalhada é de suma importância para apreensão de informações cruciais para uma tomada de decisão mais acertada para cada caso. Deve ser estabelecido um vínculo de acolhimento para que o paciente tenha confiança e lhe conceda as informações mais fidedignas (29).

Após a avaliação o paciente, deve ser estabelecido o nível de risco e a partir dele devem ser tomadas as condutas necessárias. O indivíduo com risco baixo tem pensamentos suicidas, mas não tem planos. No risco médio, observa-se que ele apresenta pensamentos e planos, porém, não refere pretensão em cometer suicídio. Já no risco alto

o mesmo tem planos e meios para realizar suicídio e/ou já tentou recentemente ou mais de uma vez em curto espaço de tempo (30).

O tratamento do paciente com risco de suicídio é baseado nas doenças de base por ele apresentadas e deve garantir a sua inserção em programas de atenção à saúde mental. A hospitalização deve ser considerada apenas em casos graves e para indivíduos sem apoio social. Caso se faça necessário, a terapia com antidepressivos deve ser realizada sob vigilância médica, pois essa classe medicamentosa apresenta efeitos indesejados e demora para atingir seus fins terapêuticos. Em casos mais graves é aconselhável o uso de eletroconvulsoterapia (ECT) a curto prazo, enquanto os casos mais leves devem ser encaminhados à psicoterapia (31).

O tratamento da depressão inclui uso de medicamentos antidepressivos, psicoterapia, estimulação magnética superficial e profunda e eletroconvulsoterapia. Para o transtorno bipolar é aconselhado o uso de lítio (efeito antissuicida) em associação com fármacos antidepressivos e antipsicóticos (ex: risperidona). O manejo do paciente usuário de álcool e outras substâncias envolve tratamento adequado da dependência e de eventuais comorbidades. Na esquizofrenia, o tratamento é composto por psicoterapia, educação em saúde para conscientização da importância da adesão ao tratamento, terapia familiar e antipsicóticos como a clozapina, por sua atuação antissuicida (24).

#### **4.6 Prevenção do suicídio**

Devido sua importância como um grave problema de saúde pública e o aumento constante das taxas, especialmente entre adolescentes e jovens, vários programas e intervenções têm sido elaboradas com o objetivo de prevenir o suicídio. Em 2000, a OMS lançou recomendações para a prevenção do suicídio, destacando-se, entre elas, o estímulo à pesquisa, visando entender de forma global a temática, a qualidade dos serviços de saúde, o rastreamento de pessoas em sofrimento mental e a reabilitação de indivíduos com comportamento suicida. Ademais, ressaltou a importância do combate e conscientização com relação aos meios letais (32).

Em 2006 foi lançada a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio. Essa política visa desenvolver estratégias de promoção de saúde, qualidade de vida, reabilitação, informação, comunicação, desmistificação, além de organização de linhas de cuidados integrais e acesso às mais variadas terapêuticas. Prevê ainda identificar dados

epidemiológicos, fatores de risco e proteção e educação permanente para os profissionais da atenção básica, serviços de urgência e emergência e de saúde mental. Logo, essa estratégia tem intuito de diminuir os óbitos e as tentativas, os danos associados e o impacto na família relacionado ao suicídio (33).

O Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental, elaborado no ano de 2006, frisa a importância das equipes do Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) devido sua atuação mais próxima do paciente e sua família. As ações incentivadas por esse manual visam promover avaliação global e individual, classificação de risco e melhorar a qualidade dos indivíduos em vulnerabilidade por meio ambiente que elimine o estigma em relação aos transtornos psiquiátricos e do suicídio (34).

As intervenções preventivas são divididas em 3 grandes grupos-alvo: grupo geral, grupos de risco e grupos específicos. Para a população geral, as atividades devem difundir conhecimento sobre o perigo dos meios letais e do abuso de substâncias, além de fortalecer a comunicação social e diminuir o estigma relativo ao comportamento suicida. Nos grupos de risco destaca-se a mobilização e atuação da comunidade e apoio aos sobreviventes. Por fim, os indivíduos com transtornos psiquiátricos devem ser reconhecidos e tratados e aqueles que já cometeram tentativa devem ser trazidos ainda mais para perto das equipes de saúde e apoiados por meio de psicoterapia, psicofarmacologia e suporte social individual e familiar (35).

## 5 SUICÍDIO ENTRE MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA

Quando confrontadas as taxas de suicídio na população geral e as taxas entre os médicos, as últimas são frequentemente mais elevadas. Segundo a Fundação Americana de Prevenção do suicídio, cerca de 300 a 400 médicos cometem suicídio a cada ano, aproximadamente 1 médico a cada dia. Entre os acadêmicos de medicina, estudos recentes referem que de 11,2-17,4% já apresentaram ideação e/ou comportamento suicida. Quando comparados dados entre estudantes de medicina e alunos de graduação de outros cursos da área de saúde, verificou-se que a prevalência de sintoma de ideação suicida, de desesperança e de depressão são maiores nos primeiros que nos últimos (36) (37).

Durante a graduação em medicina, os alunos passam por várias crises e podem desenvolver adaptações dos mais variados tipos desde frieza até negação dos problemas ligados à graduação e isolamento social. Nesse contexto, o conceito de qualidade de vida é aprendido de forma equivocada e reforçado pelo estereótipo do médico como ser inatingível, que nunca fracassa e que deve viver para a medicina. Essa conjuntura perpassada a cada geração de novos médicos contribui para que o estudante prefira omitir suas fraquezas, entre elas os estigmatizados distúrbios psicológicos, por medo, o que acaba gerando mais sintomas de depressão e ansiedade (38).

O estilo de vida pouco saudável apresentado pelo estudante de medicina, representado por consumo de álcool e outras drogas, sedentarismo, privação de sono e problemas de ordem mental podem repercutir em desgaste emocional, gerando situações de estresse. Tais fatores frequentemente atingem os alunos com maior rendimento, por seu perfil mais exigente e maior sofrimento com a possibilidade de erro. Com relação ao período do curso, sintomas depressivos estão mais relacionados aos primeiros anos do curso, por causa da mudança de rotina de estudos e exposição a demasiada quantidade de conteúdo. O internato também está associado a altos níveis de estresse, devido pressão acadêmica, carga horária e proximidade da conclusão do curso (39) (40).

No Brasil, as substâncias mais consumidas pelos jovens são o álcool (90,4%) – sendo o abuso relatado por 8,7% dos estudantes –, o tabaco (27,8%), a maconha e estimulantes, considerados fatores de risco para comportamentos de risco como violência e suicídio. Estudo realizado entre os acadêmicos de Medicina e Enfermagem de São Paulo corroboram essas informações (41).

Damasceno *et al* esquematizou os fatores de risco entre os médicos, dividindo-os em dois grandes grupos: os relacionados ao trabalho e os psicossociais. No trabalho, foram agrupadas condições de trabalho precárias, serviço estressante, algumas especialidades (anestesiastas, psiquiatras, cirurgiões, etc.) e a necessidade de manter uma carreira de sucesso. Entre os fatores psicossociais estão depressão, ansiedade, síndrome de burnout, outras doenças psiquiátricas, a não procura por ajuda profissional, idade maior que 40 anos, sexo masculino, estado civil divorciado ou solteiro, não ter filhos e viver em área urbana. Outros estudos obtiveram o mesmo perfil em suas populações. Destaca-se apenas o estado civil casado encontrado por Palhares-Alves *et al*, que representou 46% dos indivíduos que cometeram suicídio (42) (43) (44).

As atividades desempenhadas por médicos estão entre os principais fatores estressores que contribuem para sua má qualidade de vida. Práticas acadêmicas, representação social, condições de trabalho, baixa remuneração e elevada frequência de queixas físicas e psíquicas são outras potenciais razões de estresse no meio médico que podem refletir através de um atendimento precário à população. Ademais, sintomas somáticos como exaustão, fadiga, cefaleias, distúrbios gastrintestinais, insônia e dispneia; e sintomas psíquicos como humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse, relacionados a síndrome de burnout são cada vez mais predominantes entre médicos e outros profissionais da saúde (6).

A síndrome de burnout é retratada por características relacionadas à exaustão emocional, despersonalização e diminuição de produtividade profissional. Por ser uma resposta ao estresse crônico, o contexto laboral é fundamental na definição dessa patologia que pode implicar em consequências de ordem física, psíquica e social. Os principais sentimentos experimentados por um profissional com síndrome de burnout são fracasso e exaustão causados por um excessivo desgaste de energia e recursos internos (45). Entre os estudantes americanos, 40,1% relataram alta exaustão emocional, 31,8% referiam alta despersonalização, 30,6% tinham um baixo senso de realização pessoal, 49,6% apresentam síndrome de burnout e possuíam escores de qualidade de vida menores do que a população em geral na mesma faixa etária (46).

Estudos já demonstraram que os principais fatores de risco para o suicídio são os distúrbios psiquiátricos. Aproximadamente 90% das pessoas que cometeram suicídio possuíam diagnóstico de alguma patologia psiquiátrica, com destaque para a depressão. Sintomas de depressão são mais frequentes entre os acadêmicos de medicina do que entre

a população geral e estão associados ao desenvolvimento de síndrome de burnout e ao abandono da graduação. Estudo chinês refere frequência de cerca de 65% de sintomas depressivos nesse grupo populacional, podendo estar associados a essas porcentagens o mercado de trabalho competitivo e incidência de violência contra médicos (47) (36).

Assim como a depressão, a ansiedade também configura um distúrbio de personalidade predominante quando analisados os fatores de risco de comportamento suicida. Vasconcelos *et al* encontrou valores de 54,8% de risco associado ao suicídio em indivíduos que apresentam Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), representando um risco cerca de quatro vezes maior em relação a população geral. A depressão maior nesse estudo se apresentou em 53,7% dos indivíduos com TAG, fato explicado por estudos que sugerem que a TAG é fator de risco para depressão. A presença de TAG concomitantemente com a depressão também foi mostrada como variável de aumento de risco de suicídio (27).

Quanto a aspectos relacionados a distinção por gênero, os estudos demonstram que, ao contrário da população geral, o suicídio entre as médicas é mais comum em quase todas as faixas etárias: 13,2% da amostra total e 24% do grupo suicida, enquanto as taxas brasileiras referem de 2,3 a 4,0 vezes em maior risco de suicídio entre os homens (42). Para Meleiro, essa peculiaridade pode estar ligada a personalidade das mulheres que optam pela carreira médica, marcada por competitividade, ambição, compulsão, individualidade e inteligência. Tais características podem potencializar o sentimento de fracasso e angústia frente a ocorrência de um eventual erro médico (9).

Em 2015, Palhares-Alves realizou um estudo que analisou as mortes de médicos no período de 2000-2009, e identificou cinquenta casos de suicídio (1,7% do total de óbitos, representando 3,1% das mortes masculinas e 1,6% das femininas). Já a taxa de mortalidade por suicídio foi de 2,9/100.000 para as mulheres e de 4,9/100.000 para homens. Dentre os métodos escolhidos pelos médicos, o método mais usado é o uso da arma de fogo (34,2%), seguido de intoxicação (23,5%) e entre as mulheres, 50% utilizaram enforcamento ou afogamento como meio de suicídio (44) (48).

Entre as especialidades, os anestesistas, os psiquiatras e os cirurgiões são os médicos que mais se suicidam. Entre os psiquiatras, os estudos não evidenciaram estilo de vida mais estressante entre os médicos, mas demonstraram que 1 em 3 psiquiatras apresentavam distúrbios afetivos. Segundo Teixeira, Teixeira & Rocha, para o anestesista, a proximidade do sofrimento e da morte, as necessidades físicas e emocionais

dos pacientes e a pressão para se obter sempre bons resultados associados ao estresse físico, relações na equipe cirúrgica, responsabilidade e privação de sono podem contribuir para altos níveis de estresse, depressão e comportamento suicida. (9) (49).

Entre os cirurgiões, estudo realizado em 2011 afirma que 6,2% apresentou ideações suicidas no ano. Desses, apenas 26% buscaram auxílio profissional e mais de 60% não buscaram por temerem restrições à licença médica. A ideação suicida apresentou relação estatística positiva com a depressão (OR: 7.012; P: 0.001) e os três domínios da síndrome de burnout (OR: 1.910; P: 0.001), além de ser mais frequente nos cirurgiões de faixa etária maior que 45 anos. A prevalência desses sintomas em cirurgiões que atuam de sobreaviso e recebem chamadas durante a noite é maior, fato que pode estar relacionado ao estresse e a privação de sono gerada pela situação (50).

A identificação precoce de sinais e sintomas relacionados aos transtornos psiquiátricos é de vital importância para um desempenho profissional desejável e uma adequada prestação de serviço ao usuário. Tal atitude propiciará formulação de estratégias e programas de prevenção de transtornos psicológicos e, conseqüentemente, do comportamento suicida. Para tanto, é necessário desenvolver novas pesquisas direcionadas a entender o transtorno psiquiátrico e sua ocorrência entre profissionais de saúde, levando em consideração as especificidades desse grupo, como a tendência a negligenciar seus próprios sinais e sintomas, especialmente associados à saúde mental, e a tendência ao auto tratamento (51) (52).

As principais dificuldades no tratamento do médico estão relacionadas as características próprias de sua personalidade. Conforme supracitado, os médicos podem ser relutantes em reconhecer e admitir os sinais de suas patologias, além de acreditarem ser capazes de gerir seus transtornos. Tal fato é observado na alta frequência de médicos que, quando buscam apoio, referem tratamentos prévios e recidivas com piora de sintomas depressivos. A falta de avaliação completa e a automedicação podem atrapalhar a eficácia na implantação do tratamento correto ou ainda complicar o plano terapêutico, aumentando doses, duração do tratamento e necessidade de drogas mais pesadas com maior quantidade de efeitos colaterais (53).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os acadêmicos e profissionais médicos são expostos a condições estressantes que, associadas a fatores psicossociais, alteram sua qualidade de vida e prejudicam suas habilidades ocupacionais, gerando comprometimento no seu atendimento ao paciente. Além disso, tais fatores podem predispor a ideações suicidas e comportamentos que poderão culminar em suicídio propriamente dito, afetando os familiares e outros profissionais próximos a ele. A importância do suicídio como problema de saúde pública está refletida nas altas taxas reveladas por diversos estudos realizados na área, e ganha destaque o fenômeno do suicídio entre médicos e estudantes de medicina, por suas taxas serem mais altas que da população em geral.

Mais importante que fixar conceitos é entender como os fatores de risco e/ou proteção podem influenciar o comportamento suicida. Transtornos psiquiátricos e abuso de substâncias são os principais fatores de risco; já a boa relação interpessoal é o principal fator de proteção, inclusive entre os médicos. A personalidade do médico, o ambiente e a pressão acadêmica impostas desde a faculdade tendem a criar no imaginário social o mito do médico que não erra e que não tem tempo para outra atividade que não seja a medicina, corroborando para o temor apresentado por esses em demonstrar que necessitam de ajuda profissional.

A prevenção de suicídios perpassa pela identificação de ideação e comportamento suicida, ambiente de diálogo e acolhimento entre o profissional de saúde, a família e o indivíduo com risco para suicídio. Estratégias devem ser tomadas para o manejo desse paciente, levando em consideração a comunidade em que ele está inserido, apoio aos sobreviventes e tratamento das doenças psiquiátricas que estiverem presentes. Entre os médicos e acadêmicos, deve ser incentivado o diálogo sobre a temática, para que os mesmos não ignorem seus sintomas ou pratiquem automedicação, atitudes que podem comprometer seu tratamento. Por fim, deve ser desmitificada a infalibilidade entre médicos e acadêmicos, e a procura por uma melhor qualidade de vida deve ser incentivada para a saúde do profissional, que levará, conseqüentemente, a um atendimento mais efetivo da população em geral.



## REFERÊNCIAS

1. Souza LDdM, Silva RAd, Jansen K, Kuhn RP, Horta BL, Pinheiro RT. Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010 Mar; 32(1): p. 37-41.
2. Pereira PBdOeSL. Bem estar e busca de ajuda: um estudo junto ao alunos de Medicina ao final do curso. 2010.
3. Vasconcelos TCd, Dias BRT, Andrade LR, Melo GF, Barbosa L, Souza E. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *Rev. bras. educ. med.* 2015 Jan./ mar.; 39(1): p. 135 – 142.
4. Sakae TM, Padão DL, Jornada LK. Sintomas depressivos em estudantes da área da saúde em uma Universidade no Sul de Santa Catarina – UNISUL. *Revista da AMRIGS*. 2010 jan./mar.; 54(1): p. 38-43.
5. Brasil. Estudo da mortalidade dos médicos no estado de São Paulo: tendências de uma década (2000-2009). 2012 março .
6. Santos CdLM, Rodrigues CLP, Silva LBd, Bakke HA, Leite ASdM, Maria Marta de Araújo Leal. Fatores de estresse na atividade de médicos em João Pessoa (PB, Brasil). *Rev. Prod.* 2011 jan./mar.; 21(1): p. 181-189.
7. Paula JdAd, Borges AMFS, Bezerra LRA, Parente HV, Paula RCdAd, Wajnsztein R, et al. Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de medicina. *Journal of Human Growth and Development*. 2014 Out; 23(3): p. 274-281.
8. Noronha Júnior MAG, Braga YA, Marques TG, Silva RT, Vieira SD, Coelho VAF, et al. Depressão em estudantes de medicina. *Rev Med*. 2015 Belo Horizonte; 25(4): p. 562-567.
9. Meleiro AMAS. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 1998 Apr./Jun; vol.44(n.2): p. 135-140.
10. Mendonça FVM. Suicídio na adolescência - artigo de revisão. 2015 mar.
11. Toro GVR, Nucci NAG, Toledo TBd, Oliveira AEGd, Prebianchi HB. O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. *Psicologia em Revista*. 2013 dez; 19(3): p. 407-421.
12. Abreu K, Lima M, Kohlrausch E, Soares J. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*.. 2010; 12(1): p. 195-200.
13. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 2014.
14. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais. 2000;: p. 1-18.
15. World Health Organization. Changes in the age distribution of cases of suicide 1950-2000. 2002.
16. Waiselfisz JJ. Os jovens do Brasil: Mapa da violência 2014. 2014.

17. Ferreira Junior A. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. *Revista Brasileira de Psicologia*. 2015; 02(01): p. 15-28.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Participant manual – IMAI One-day Orientation. 2010.
19. Moreira LCdO, Bastos PRHdO. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP*. 2015 Set-/Dez; 19(3): p. 445-453.
20. Braga LdL, Dell’Aglío DD. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*. 2013 jan-/jun-; 6(1): p. 2-14.
21. Werlang BSG, Borges VR, Fensterseifer L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Rev. Interameric. de Psicología*. 2005; 39(2): p. 259-266.
22. Mendonça FVM. SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: Artigo de revisão. 2015 MAR;: p. 1-55.
23. Barbosa FdO, Macedo PCM, Silveira RMCd. Depressão e o Suicídio. *Rev. SBPH*. 2011 Jan/Jun.; 14(1): p. 233-243.
24. BRASIL. Suicídio: informando para prevenir. 2014;: p. 1-55.
25. Ramos MRC, Hübner CvK. ESQUIZOFRENIA. *Rev. Fac. Ciênc. Med. Sorocaba*. 2004 Abril; 6(1): p. 1 - 4.
26. Martínez-Aguayo JC, Silva H, Arancibia M, Angulo C, Madrid E. Antipsicóticos y suicidio. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2016 jun; 54(2): p. 141-150.
27. Vasconcelos JRdO, Lôbo APdS, Neto VLdM. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. *J Bras Psiquiatr*. 2015 Oct./Dec; 64(4): p. 259-65.
28. Gonçalves E, Ponce J, Leyton V. Uso de álcool e suicídio. *Saúde, Ética & Justiça* . 2015; 20(1): p. 9-14.
29. Teng CT, Pampanelli MB. O Suicídio no contexto psiquiátrico. *Revista Brasileira de Psicologia*. 2015; 02(01).
30. Del-Ben C, Sponholz-Junior A, Mantovani C, Faleiros M, Oliveira G, Guapo V, et al. Emergências Psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. *Revista Medicina- Ribeirão Preto*. 2017 jan-/fev-; 50(1): p. 98-112.
31. AVELINO JDA. Orientações de condutas aos enfermeiros diante de um caso de ideação suicida: uma revisão narrativa: Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis,; 2014.
32. Conte M, Meneghel SN, Trindade AG, Ceccon RF, Hesler LZ, Cruz CW, et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 ago; 17(8): p. 2017-2026.

33. Brasil. Diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio. Diário Oficial da União 2006. 2006 15 Ago.
34. BRASIL.. Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Ministério da Saúde. 2006;; p. 1-77.
35. Organização Mundial de Saúde. Saúde pública ação para a prevenção de suicídio: uma estrutura. 2012.
36. Alexandrino-Silva C, Pereira MLG, Bustamante C, Ferraz ACdT, Baldassin S, Andrade AGd, et al. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs: a cross-sectional study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009; 31(4): p. 338-44.
37. Santaí ND, Cantilino A. Suicídio entre médicos e Estudantes de medicina: Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de educação Médica.* 2016; 40(4): p. 772-780.
38. Goldman ML, Shah RN, Bernstein CA. Depression and Suicide Among Physician Trainees Recommendations for a National Response. *JAMA Psychiatry* May. 2015 May; 72(5).
39. Chehuen Neto JA, Sirmarco MT, Delgado AAdA, Lara CM, Moutinho BD, Lima WG. Estudantes de medicina sabem cuidar da própria saúde? *HU Revista.* 2013 jan./jun.; 39(1 e 2): p. 45-53.
40. Vallilo NG, Danzi Júnior R, Gobbo R, Novo NF, Hübner CvK. Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina. *Rev Bras Clin Med.* 2011 jan-fev; 9(1): p. 36-41.
41. Pedrosa AAdS, Camacho LAB, Passos SRL, Oliveira RdVCd. Consumo de álcool entre estudantes universitários. *Cad. Saúde Pública.*, 2011 ago; 27(8): p. 1611-1621.
42. Damasceno KS, Barbosa ÉdS, Pimentel JVC, Teixeira Júnior AGMACPd, Júnior JG, Sousa DFd, et al. Suicide among Physicians and Methodological Similarities of MEDLINE/PubMED and BVS/BIREME Open Access Bibliographic Databases: A Systematic Review with Metanalysis. *Health.* 2017; 9(1): p. 352-375.
43. Gomez JCM. Depressão e Suicídio Médico diante de Demanda Judicial por má-prática e Valoração do Dano. *Revista Sideme.* 2009 Oct-Dic; 2: p. 1-5.
44. Palhares-Alves HN, Palhares DM, Laranjeira R, Nogueira-Martins LA, Sanchez ZM. Suicide among physicians in the state of São Paulo, Brazil, across one decada. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2015; 37: p. 146-149.
45. França TLBd, Oliveira ACBdL, Lima LF, Melo JKFd, Silva RARd. SÍNDROME DE BURNOUT: CARACTERÍSTICAS, DIAGNÓSTICO, FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO. *Rev enferm UFPE on line.* 2014 out.; 8(10): p. 3539-46.
46. Dyrbye LNDN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. *Annals of Internal Medicine.* 2008; 149: p. 334-341.
47. Sobowale K, Zhou AN, Fan J, Liu N, Sherer R. Depression and suicidal ideation in medical students in China: a call for wellness curricula. *International Journal of Medical Education.* 2014; 5: p. 31-36.

48. Gold KJ, Sen A, Schwenk TL. Details on suicide among U.S. physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013 Jan; 35(1): p. 45–49.
49. Teixeira VB, Teixeira PJR, Rocha FL. A saúde mental do anestesiolegista e a síndrome de burnout. *Rev Med Minas Gerais*. 2016; 26(1): p. 15-21.
50. Shanafelt TD., Balch CM, Dyrbye L, Bechamps G, Russell T, Satele D, et al. Suicidal Ideation Among American Surgeons. *Arch Surg*. 2011 abr; 146(1): p. 54-62.
51. Barbosa KKS, Vieira KFL, Alves ERP, Virgínio NA. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. *Rev Enferm UFSM*. 2012 Set/Dez; 2(3): p. 515-522.
52. IFMSA Brasil ,FoMSAoB. Saúde mental do estudante de medicina ;. 2016;; p. 1-5.
53. Bright RP, Krahn L. Depression and suicide among physicians. *Current Psychiatry*. 2011 abr;; p. 16-30.
54. Souza LDdM, Silva RAd, Janse K, Kuhn RP, Horta BL, Pinheiro RT. Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010 mar; 32(1): p. 37-41.
55. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2002.