

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

NATHÁLIA DELLA SANTA MELO DANTAS

**IDEAÇÃO SUICIDA E EMPATIA: UM ESTUDO CORRELACIONAL EM
ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

RECIFE
2015

NATHÁLIA DELLA SANTA MELO DANTAS

**IDEAÇÃO SUICIDA E EMPATIA: UM ESTUDO CORRELACIONAL EM
ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Neuropsicopatologia orientada pelo Prof. Dr. Amaury Cantilino.

RECIFE

2015

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

D192i Dantas, Nathália Della Santa Melo.
Ideação suicida e empatia: um estudo correlacional em estudantes de medicina de uma universidade pública / Nathália Della Santa Melo Dantas. – Recife: O autor, 2015.
84 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Amaury Cantilino.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2015.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Ideação suicida. 2. Empatia. 3. Estudantes de medicina. I. Cantilino, Amaury (Orientador). II. Título.

612.665 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2015-086)

NATHÁLIA DELLA SANTA MELO DANTAS

**IDEAÇÃO SUICIDA E EMPATIA: UM ESTUDO CORRELACIONAL EM
ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Neuropsicopatologia.

Aprovado em: 27/02/2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença (Presidente)
(Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima (Examinador Interno)
Universidade Federal da Paraíba

Profª Drª Reginete Cavalcanti Pereira
(Examinador Externo)
Universidade Federal Rural de Pernambuco

RECIFE

2015

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer ao meu orientador Prof. Dr. Amaury Cantilino, que acreditou no projeto, apoiou, e mostrou-se sempre disponível contribuindo de forma essencial para a conclusão desse trabalho.

Agradeço também, de forma não menos especial, à minha família. Meus pais, Jorge e Renata, minha irmã, Rafaella, meus avós, Grazzia e Avanyr, e meu namorado, Marcelo, que estiveram desde sempre ao meu lado apoiando e compreendendo as ausências que se fizeram necessárias ao longo desses dois anos.

Agradeço às professoras Dr^a. Sandra Lopes e Dr^a. Reginete Cavalcanti que são exemplos de competência e contribuíram significativamente para o aprimoramento da pesquisa.

Agradeço por fim ao professor e coordenador desta pós-graduação Dr. Marcelo Valença. Mais do que docente, ele estimulou o amor pela pesquisa, pela neurociência e pela área acadêmica.

RESUMO

As taxas de suicídio na população médica e de estudantes de medicina se apresentam maiores do que as da população geral e de outros grupos acadêmicos. As principais causas apontadas nos estudos bibliográficos foram a maior incidência de transtornos psiquiátricos, como depressão e abuso de substâncias, e o sofrimento psíquico relacionado a vivências específicas da profissão, como a grande carga de trabalho, privação do sono, dificuldade com pacientes, ambientes insalubres, preocupações financeiras e sobrecarga de informações. Todos esses fatores podem influenciar negativamente a saúde mental do educando e não colaboram com a construção e manutenção de boas relações sociais e afetivas. Frente a este cenário, a pesquisa teve como objetivo analisar a correlação entre a ideação suicida e a empatia em estudantes de medicina da Universidade Federal de Pernambuco. A pesquisa de campo aconteceu com a amostra de 197 estudantes do curso de medicina de diversos períodos da Universidade Federal de Pernambuco. A coleta de dados foi feita ao longo de dois semestres. Foram aplicados três questionários autoaplicáveis: sociobiodemográfico, a Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis (EMRI) e a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI). Tratou-se de um estudo correlacional, inferencial e transversal. Os resultados indicaram que 9% da amostra apresentaram ideação suicida. Foi identificada correlação negativa entre a empatia e a ideação suicida, ou seja, quanto maior a empatia, menor a presença de ideação suicida. Esses resultados foram encontrados tanto na escala total de empatia, quanto nas esferas cognitivas e afetivas da empatia. Verificou-se que a esfera afetiva da empatia é mais sensível à ideação suicida do que a esfera cognitiva. Concluiu-se que se faz necessário maior número de estudos sobre a relação entre as habilidades sociais e a ideação suicida. Através desse conhecimento é possível construir políticas públicas e elaborar intervenções preventivas específicas para esta população.

Palavras-chave: Ideação suicida. Empatia. Estudantes de medicina.

ABSTRACT

Suicide rates in the medical population and among medical students are higher than in the general population and in other academic groups. The main causes identified in bibliographic studies were the highest incidence of psychiatric disorders such as depression and substance abuse, and mental suffering related to specific experiences of the profession, such as heavy workload, sleep deprivation, difficulty with patients, unhealthy environments, financial concerns and information overload. All These factors can affect the mental health of the student and do not collaborate with the construction and maintenance of good social and emotional relationships. Within this framework, the research aimed to analyze the correlation between suicidal ideation and empathy in medical students of the Federal University of Pernambuco. The fieldwork took place with a sample of 197 students in different classes of the Federal University of Pernambuco Medical School. Data collection was taken over two semesters. Three self-administered questionnaires were applied: the sociobiodemographic questionnaire, the Multidimensional Scale Interpersonal Reactivity Davis (EMRI) and the Scale for Suicidal Ideation Beck (BSI). It was a correlational, inferential and cross-sectional study. The results showed that 9% of the sample had suicidal ideation. Negative correlation between empathy and suicidal ideation was identified, i.e., the higher the empathy, the lower the suicide ideation. These results were found in both the full scale of empathy as in cognitive and affective spheres of empathy. It was even observed that the affective sphere of empathy is more sensitive to suicidal ideation than the cognitive sphere. The conclusion is that more studies on the relationship between social skills and suicidal ideation are necessary. Through this knowledge it is possible to build public policies and develop specific preventive interventions for this population.

Keywords: Suicidal ideation. Empathy. Medical students.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	HIPÓTESE	12
3	OBJETIVOS.....	13
3.1	OBJETIVO GERAL	13
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
4	MÉTODO	14
4.1	DESENHO	14
4.2	PARTICIPANTES	14
4.3	PROCEDIMENTOS	14
4.4	INSTRUMENTOS	15
4.4.1	Questionários Sociobiodemográfico.....	15
4.4.2	Empatia – Escala Multidimensional de Reatividade Emocional (EMRE) ..	15
4.4.3	Ideação Suicida – Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI).....	16
4.5	ESTATÍSTICA.....	17
5	ÉTICA	19
6	RESULTADOS	20
7	DISCUSSÃO	24
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
	REFERÊNCIAS.....	28
	APÊNDICE A – Questionário Sociobiodemográfico.....	35
	APÊNDICE B – Artigo de Revisão	36
	APÊNDICE C – Artigo Original	61
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
	ANEXO B – Escala Multidimensional de Reatividade Emocional (EMRE).....	82
	ANEXO C – Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)	83

1 INTRODUÇÃO

Anualmente cerca de um milhão de pessoas cometem suicídio e aproximadamente 10 a 20 milhões tentam o suicídio no mundo¹. O Brasil apresenta em média 4 a 6 óbitos por esta causa em cada 100.000 habitantes². O suicídio está entre as dez principais causas de morte em todo o mundo e entre as três principais em jovens com idade entre 15 e 34 anos. Dados da Organização Mundial de Saúde apontam que aproximadamente 815 mil pessoas cometeram suicídio no ano 2000 em todo o mundo, o que representa uma morte a cada 40 segundos³.

Na população médica esses índices se evidenciam^{4,5}. Em uma revisão da literatura disponível sobre suicídio entre médicos, verifica-se que em toda parte do mundo a taxa de suicídio na população médica é superior à da população geral⁶. Um estudo realizado na década de 90 comprova que o coeficiente de suicídio encontrado entre os alunos de medicina foi aproximadamente quatro vezes maior do que o da população geral⁷. Tais resultados sugerem maiores estudos sobre questões referentes ao processo da formação médica.

Esse processo de formação na medicina implica, de forma significativa, na falta de tempo para o lazer e para contato com os amigos, família e parcerias amorosas. Implica também no grande número de perdas durante o curso, na desconstrução da idealização da onipotência médica, na crescente consciência dos problemas existentes na profissão, além da convivência com o clima de competição pelas melhores notas e vagas⁸.

¹ VIANA, G. N. et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 201-5, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 nov. 2014.

² Ibid.

³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a resource for primary health care workers. 2000. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/topic_Suicide1.html>. Acesso em: 10 out. 2014

⁴ MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Assoc Med Bras**. v. 44, n. 2, p. 135-140, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 out. 2014

⁵ MILLAN, Luiz Roberto; ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. **A assistência psicológica ao estud ante de medicina**: 21 anos de experiência estudante. v. 54, n. 1, p. 90-94, 2008. Acesso em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/10116/art_MILLAN_Assistencia_psicologica_ao_estudante_de_medicina_21_2008.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 nov. 2014.

⁶ MELEIRO, op. cit.

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

Todos esses fatores podem influenciar negativamente a saúde mental do educando e contribuir com o desenvolvimento de transtornos psicológicos nessa população, como mostra a pesquisa de Millan & Arruda⁹. Além disso, esses são fatores que não colaboram com a construção e manutenção de boas relações sociais e afetivas.

Se for possível entender os atos psicoterápicos de uma forma mais ampla, denota-se que o médico pode exercer, de forma latente ou manifesta, importantes influências psicológicas a fim de auxiliar na condução dos tratamentos¹⁰. Essa influência pode e deve ser utilizada com fins terapêuticos.

O filósofo Émile Durkheim, no final do século XIX, construiu um argumento sobre o fenômeno do suicídio no qual ele demonstrava que não se trata de um ato individual, relacionado apenas a desordens psicológicas como se acreditava na época¹¹. Durkheim argumentou que se trata de um fenômeno com grande influência de forças sociais. Ele postulou que as taxas de suicídio variam de acordo com o grau de “solidariedade social” nos diferentes grupos. Isto é, quanto maior o grau de compartilhamento de valores e crenças, e quanto maior a frequência e a intensidade da interação das pessoas nos grupos, maior o grau de solidariedade social¹². Dessa forma, ponderou que quanto mais os indivíduos se sentem pertencentes e ancorados no mundo social, menor probabilidade de cometer suicídio. A hipótese do filósofo era simples: grupos com graus mais altos de solidariedade apresentavam menores taxas de suicídio do que grupos com baixo grau de solidariedade¹³.

O Conselho Federal de Psicologia¹⁴ refere que, embora os aspectos que contribuam para o suicídio variarem entre grupos e populações específicas, os principais grupos de risco são os jovens, idosos e grupos socialmente isolados¹⁵. Ou seja, em confluência com o que postulou Durkheim, esses dados sugerem que o isolamento social pode interferir na ideia, no planejamento e na execução do

⁹ MILLAN, 2008.

¹⁰ MELLO FILHO, Julio de; BURD, Miriam. **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 611 p. (Biblioteca Artmed. Psiquiatria).

¹¹ DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo sociológico. 6. ed. Lisboa: Presença, 1996.

¹² Ibid.

¹³ Ibid.

¹⁴ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

¹⁵ Ibid.

suicídio¹⁶.

Apesar de anualmente cerca de um milhão de pessoas cometerem suicídio no mundo e de as taxas aumentarem quando se trata do meio médico^{17,18,19,20}, questiona-se o pouco número de estudos relacionados ao tema, e o pouco aprofundamento da questão nessa população específica^{21,22,23}. A propósito, os médicos e estudantes de medicina também estão suscetíveis ao isolamento social causado pelos longos anos de formação, grande volume de estudo, e exaustiva carga acadêmica e de trabalho.

Diante dessa perspectiva social do fenômeno do suicídio, a empatia, como uma das principais habilidades sociais descrita pela literatura²⁴, e facilitadora no estabelecimento de boas relações sociais, seria uma forma de inferir informações sobre os níveis de interações sociais dos indivíduos. Entender a empatia como ponto importante nesse contexto significa inserir a psicologia de forma significativa na compreensão da dinâmica e nas possibilidades de intervenção.

Com relação à empatia, Falcone a conceitua como uma das principais habilidades sociais, sendo mais útil do que a assertividade na manutenção das relações sociais. A empatia pode proporcionar uma série de efeitos sociais importantes como: popularidade com os amigos, satisfação em relações românticas, ajuda a desenvolver habilidades de enfrentamento, redução de problemas emocionais e psicossomáticos nos amigos e familiares, e ajuda no ajustamento conjugal²⁵. Esses aspectos provam que pessoas empáticas têm a capacidade de tornar as relações mais agradáveis, reduzindo os conflitos e as possibilidades de

¹⁶ DURKHEIM, 1996.

¹⁷ VIANA et al., 2008.

¹⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000.

¹⁹ MELEIRO, 1998.

²⁰ MILLAN; ARRUDA, 2008.

²¹ KAMSKI, L.; FRANK, E.; WENZEL, V.; **Suicide in medical students: case series.** v. 61, n. 11, p. 984-98, nov., 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135770>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

²² KJERSTI, Støen Grotmol et al. Risk factors at medical school for later severe depression: a 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). **J Affect Disord.**, v. 146, n. 1, p. 106-111, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017539>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

²³ REIMER, C.; TRINKAUS, S. J. H. Suicidal tendencies of physicians - an overview. National Institutes of Health. **Psychiatr Prax.**, v.32, n. 8, p. 381-385, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16308801>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

²⁴ FALCONE, Eliane. Avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 1, n. 12, 1999. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/267>>. Acesso em: 22 nov. 2014.

²⁵ Ibid.

rompimento. Essa característica favorece mais sucesso nas relações pessoais e profissionais²⁶.

Por décadas no século XX a prática médica foi permeada pelo perfil tecnicista, colocando em segundo plano os valores e as relações humanas. A partir da década de 80 tem havido o resgate destes valores humanísticos e éticos da medicina²⁷. Esse movimento de resgate foi chamado por alguns autores de Projeto Humanismo, que destaca características como integridade, respeito e compaixão, por exemplo, como indispensáveis ao profissional da área^{28,29}. Todas essas características podem estar ligadas a habilidade empática³⁰.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a relação entre empatia e ideação suicida em estudantes dos distintos períodos (quarto, sexto e oitavo período) do curso de medicina. Tendo em vista o reduzido número de pesquisas que associem a ideação suicida com habilidades sociais, e principalmente com empatia, a execução desse projeto pretende colaborar com a produção científica nessas áreas de estudo. Isso pode ser explicado porque a grande maioria dos estudos sobre suicídio analisa e busca identificar apenas fatores de risco no âmbito individual.

²⁶ FALCONE, 1999.

²⁷ PARO, Helena Borges Martins da Silva. **Empatia em estudantes de medicina no Brasil: um estudo multicêntrico**. 2013. 201 f. Tese (Doutorado em Ciências)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

²⁸ AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE. Subcommittee on Evolucion of humanistic qualities in the internist. Evolucion of humanistic qualities in the internist. **Ann Intern Med**. v. 99, n.5, p. 720-724.1983

²⁹ ARNOLD, Louise. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. **Acad Med**. v. 77, n. 6, p. 502-515, jun.2002. Disponível em: <http://medprof.bjmu.edu.cn/xsqy/10_assessing%20professional%20behavior.pdf>. Acesso em: 17 out. 2014.

³⁰ PARO, op. cit.

2 HIPÓTESE

- Espera-se que haja correlação negativa entre empatia e ideação suicida.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a relação entre empatia e ideação suicida em estudantes dos distintos períodos (quarto, sexto e oitavo período) do curso de medicina.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar variação dos escores médios da ideação suicida nos participantes da pesquisa;
- Identificar a intensidade da ideação suicida dos participantes, quando houver;
- Identificar o nível da empatia dos participantes da pesquisa.
- Correlacionar a empatia com fatores sociodemográficos.

4 MÉTODO

4.1 DESENHO

A pesquisa é um estudo inferencial, transversal e correlacional.

4.2 PARTICIPANTES

Trata-se de uma amostra de conveniência composta por estudantes do quarto, sexto e oitavo período que se disponibilizaram a participar.

Critérios de Inclusão

- Indivíduos que concordassem em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Estudantes do curso de Medicina da UFPE que estivessem no quarto, sexto e oitavo período cursando a disciplina Medicina Ética e Relações Humanas, Desenvolvimento Pessoal e Profissional I e Psiquiatria, respectivamente;
- Indivíduos que compreendessem o idioma da língua portuguesa.

Critérios de Exclusão

- Pessoas que não preenchessem requisitos para os critérios de inclusão;
- Participantes que se recusassem a participar da pesquisa, ou desistissem da participação durante o processo de coleta dos dados.

4.3 PROCEDIMENTOS

A pesquisa foi realizada durante uma aula cedida pelos professores dos períodos envolvidos no estudo. O objetivo e a justificativa da pesquisa foram explanados para os alunos antes da coleta de dados. Os participantes foram informados sobre a aceitação da pesquisa pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco.

Inicialmente os alunos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que registravam a participação voluntária do indivíduo na pesquisa. Após a aceitação do aluno, foram dadas as instruções sobre o preenchimento dos questionários. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de três questionários autoaplicáveis.

4.4 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados foram: Questionários sociodemográfico, as versões brasileiras da Escala Multidimensional de Reatividade Emocional (EMRE) e da Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI). Todos os instrumentos foram autoaplicáveis.

4.4.1 Questionários Sociobiodemográfico

Esse questionário foi constituído por questões fechadas elaborado pelo grupo de pesquisa. O questionário tem como objetivo classificar a amostra em termos de sexo, idade, e classe social, e de investigar diagnósticos anteriores e eventos traumáticos ao longo da vida.

4.4.2 Empatia – Escala Multidimensional de Reatividade Emocional (EMRE)

A Escala Multidimensional de Reatividade Emocional (EMRE) foi desenvolvida por Mark Davis e adaptada para o Brasil por Sampaio et al.³¹ em 2011. O instrumento tem como objetivo avaliar a empatia em sua esfera multidimensional, ou seja, tanto na esfera cognitiva como afetiva. Os instrumentos anteriores não faziam esta diferenciação, ou avaliavam somente um dos aspectos. Com esta escala é possível avaliar tanto o escore global da empatia, como das suas esferas separadamente. A esfera cognitiva da empatia inclui as dimensões da *tomada de perspectiva* (TP) e da *fantasia* (FS). A esfera afetiva engloba as dimensões da

³¹ SAMPAIO, Leonardo Rodrigues. et al. Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity. **Psico**. v. 42, p. 67-76, 2011. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4068769.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2014.

consideração empática (CE) e da *angústia pessoal* (AP)^{32,33,34,35}.

Na esfera cognitiva, conceitua-se a dimensão da *tomada de perspectiva* a capacidade cognitiva do indivíduo de se colocar no lugar de outras pessoas, e a *fantasia* como a tendência de transpor a si mesmo imaginativamente, colocando-se no lugar de personagens de filmes e/ou livros. Já na esfera afetiva, conceitua-se *consideração empática* como os sentimentos dirigidos ao outro e à motivação para ajudar as pessoas em necessidade, perigo ou desvantagem, e a *angústia pessoal* como a sensação de desconforto ou incômodo quando imaginam o sofrimento de outrem^{36,37,38}.

Na pesquisa em tela, foi utilizada a versão completa da EMRE adaptada para o Brasil. O instrumento foi adaptado em sua versão original por Sampaio et al.³⁹ para o contexto brasileiro e corroborado por Formiga⁴⁰ em distintas amostras brasileiras, a qual vem revelando indicadores psicométricos aceitáveis que garantem a validação e fidedignidade da estrutura fatorial da escala.

De forma geral, o instrumento é composto por 26 sentenças que descrevem comportamentos, sentimentos e características relacionadas à empatia; todas as respostas são obtidas em uma escala *Likert* que variam de 1 (discordo completamente) a 5 (concordo completamente). Escores mais altos indicam níveis mais elevados em cada uma dessas dimensões e a soma dos escores de todas as subescalas é utilizada para calcular o nível global de empatia.

4.4.3 Ideação Suicida – Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)

Com relação ao instrumento destinado a avaliar a ideação suicida em estudante, foi escolhida a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI). Esse

³² DAVIS, Mark. H. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. **J Pers Soc Psychol.** v. 44, n. 1, p. 113-126, 1983. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/psp/44/1/113/>>. Acesso em: 17 out. 2014.

³³ Ibid.

³⁴ SAMPAIO, 2011.

³⁵ FORMIGA, Nilton S. Um estudo intracultural da consistência estrutural da escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI). **Rev salud y Soc.** v. 3, n. 3, p. 251-262, 2012 Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4778324.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2014.

³⁶ DAVIS, op. cit.

³⁷ Ibid.

³⁸ SAMPAIO, op. cit.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ FORMIGA, op. cit.

instrumento é constituído por 21 itens, com alternativas de 0 a 2 pontos, tipo Likert, a fim de investigar a presença de ideação suicida, bem como a gravidade das ideias, planos e desejos de suicídio⁴¹.

Os 19 primeiros itens investigam a gravidade dos desejos, atitudes e planos suicidas e sua gradação⁴². Já os itens 20 e 21 apresentam apenas caráter informativo, e não são incluídos nos escores finais. Fornecem informações sobre o número de tentativas prévias de suicídio e quanto à seriedade da intenção de morrer⁴³.

Apesar de este instrumento ter sido desenvolvido a priori para utilização em pacientes psiquiátricos, estudos já foram realizados e comprovaram a validade e fidedignidade dos resultados em amostras não clínicas. Werlang et al.⁴⁴ realizaram em estudo no Brasil considerou o BSI um instrumento útil para identificar e avaliar a ideação suicida em um contexto não clínico.

4.5 ESTATÍSTICA

Utilizou-se o pacote estatístico SPSSWIN versão 21 e realizaram-se, além da estatística descritiva (média e desvio padrão), a análise de consistência interna (alfa de Cronbach (α) para ambos os construtos). O objetivo foi avaliar a fidedignidade dessas medidas, bem como, os cálculos referentes a correlação de Pearson e análise de regressão. Neste ultimo, adotou-se o método *Enter*.

Especificamente, o alfa de Cronbach (α) é um dos indicadores psicométricos mais utilizados para verificar a fidedignidade ou validade interna do instrumento, o qual deve apresentar um alfa acima de 0.70 ou igual a 1.00. Desta maneira, quanto mais próximo desse número, melhor é sua precisão. Isto significa que os itens são homogêneos em sua medida, produzindo variância semelhante nesta,

⁴¹CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

⁴²BECK, A. T.; STEER R. **Beck Scale for Suicide Ideation**. Manual, editor. San Antonio: Psychological Corporation; 1991.

⁴³CUNHA, op. cit.

⁴⁴BECKEL, Priscila de J.; BORGES, Vivian R.; WERLANG, Blanca G.. **Estudo de Fidedignidade e Validade da Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) em Adolescentes**. 2004. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/82421/Resumo_20020500.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 nov. 2014.

caracterizando uma segurança para a medida do fenômeno que se quer avaliar^{45,46,47}.

Para analisar a sensibilidade e a especificidade da empatia com relação à ideação suicida, foi utilizada a análise de Curva ROC.

⁴⁵TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. Needham Heights: Allyn & Bacon; 1996.

⁴⁶KLINE, P. **An easy guide to factor analysis**. New York: Routledge; 1994.

⁴⁷PASQUALI, L. **Técnicas de exame psicológico – TEP**. Manual de fundamentos das técnicas psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

5 ÉTICA

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP-UFPE), como o protocolo de pesquisa nº 19485313.9.0000.5208.

6 RESULTADOS

Participaram do estudo 197 estudantes universitários, do sexo masculino (47%) e do sexo feminino (53%), de 18 a 37 anos (Média = 22,44; DP = 2,69), do curso de medicina de uma instituição pública de ensino superior na cidade de Recife-PE/Brasil. Estes foram distribuídos entre seguintes períodos do curso: quarto período (44%), sexto período (15%) e oitavo período (41%). A amostra foi não probabilística, pois se considerou o aluno, especificamente, do curso de medicina, que preencheram os requisitos e critérios de inclusão.

Foi verificada a confiabilidade da escala EMRI na amostra; ao observar tanto as correlações itens-fator, quanto ao construto psicológico, foram identificados resultados positivos, isto é, as correlações corroboraram a representatividade de conteúdo dos itens e os respectivos fatores da empatia (CE, TP, AP e FS). Essa condição sugere o reconhecimento desse construto psicológico nos sujeitos do estudo. Tal confiabilidade ficou mais clara quando se avaliou a fidedignidade dos fatores ao realizar o cálculo do alfa de Cronbach (tabela 1). Observaram-se indicadores psicométricos confiáveis tanto para amostra total, quanto para as amostras em cada período do curso.

Os coeficientes alfa revelaram escores acima do exigido pela literatura, sugerindo a confiabilidade da respectiva escala tanto para a amostra de universitários quanto para a especificidade do período do curso de medicina; tais resultados não apenas indicam que os respondentes reconhecem as questões a eles apresentadas em relação à empatia, mas, que a escala em questão pode ser considerada uma medida confiável quando se pretender avaliar tal construto na referida amostra (tabela 1). Tais resultados corroboram os estudos no Brasil que avaliaram o mesmo construto em distintas amostras^{48,49,50}.

⁴⁸ FORMIGA, 2012.

⁴⁹ TYSEN, R. et al. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors, **Journal of Affective Disorders**, v. 64, p. 69–79, abr., 2001. Disponível em: <[http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(00\)00205-6/abstract?cc=y](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(00)00205-6/abstract?cc=y)>. Acesso em: 27 nov. 2014.

⁵⁰ HAWTON, K.; MALMBERG, Aslög; SIMKIN, S. Suicide in doctors A psychological autopsy study. **Journal of Psychosomatic Research** v. 57, n. 1, p. 1-4, jul., 2004. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399903003726>>. Acesso em: 22 nov. 2014.

Tabela 1 - Alfas de Cronbach da EMRI em alunos de distintos

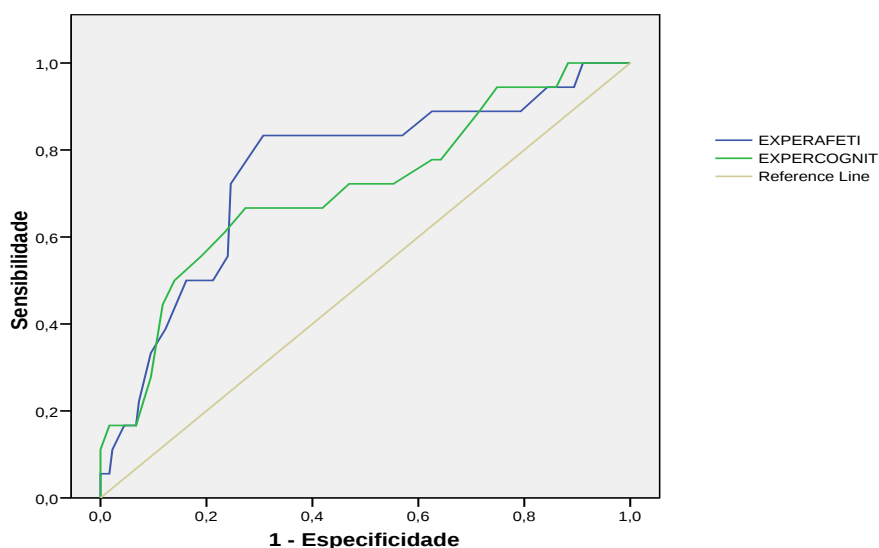
Fatores das escalas	N _{total}	Períodos		
		4P	6P	8P
EMRI	0,88	0,88	0,82	0,89
CE	0,81	0,70	0,82	0,81
TP	0,75	0,77	0,72	0,75
AgP	0,75	0,71	0,81	0,76
FS	0,82	0,72	0,68	0,79

Fonte: A autora, 2015.

Notas: Consideração Empática (CE), Angústia Pessoal (AP), Tomada de Perspectiva (TP) e Fantasia (FS); Ntotal = amostra geral (197 sujeitos). EMRI = Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal.

No presente estudo, também, pretendeu-se verificar a sensibilidade e a especificidade dessas avaliações da empatia com relação à ideação suicida, tomando como orientação a quantificação e exatidão de um teste diagnóstico. Recorreu-se, para isso, à análise de Curva ROC, a qual tem por objetivo avaliar as especificidades do instrumento ou dimensões de respostas dos pesquisados^{51,52} (figura 1). A figura abaixo demonstra que a curva de ROC, por se encontrar acima do eixo, permite salientar uma garantia da experiência empática na referida amostra.

Figura 1 - Curva ROC em relação à sensibilidade e especificidade da experiência empática em função da ideação suicida.



⁵¹ ANDRADE, Fábio Wendling Muniz de; OLIVEIRA, José Gustavo Cavalheiro de. Comparação entre medidas de performance de modelos de credit scoring. **Revista Tecnologia de Crédito**, v. 33, p. 35-47, 2002. Disponível em: <http://www.serasaexperian.com.br/serasaexperian/publicacoes/revistas/2002/33/revista_0180.htm>. Acesso em: 21 out. 2014.

⁵² MARGOTTO, Paulo R. **Curva ROC como fazer e interpretar no SPSS**. Brasília, jun. 2010. Disponível em: <http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Curva_ROC_SPSS.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2014.

Neste cálculo, encontrou-se uma área do ROC que variou de 0,71 a 0,75 (tabela 2). Essa condição demonstra que as probabilidades previstas são verdadeiras e correspondem bem ao efeito real esperado na diagnose da ideação suicida, com base na experiência empática.

Considerando a área de cobertura no gráfico representado pela Figura 1, bem como os indicadores estatísticos expressos para a curva de ROC, os resultados indicaram que as dimensões da experiência empática são sensíveis para a identificação do fenômeno em questão. As duas esferas da empatia mostraram-se sensíveis, entretanto, a esfera afetiva se apresentou como a dimensão de maior sensibilidade quando se pretender avaliar a ideação suicida.

Tabela 2 - Indicadores estatísticos da área de ROC

	Área	Erro <	p <	IC 95%	
				Limite Inferior	Limite Superior
ExpAfetiva	0,75	0,06	0,01	0,63	0,87
ExpCognitiva	0,71	0,07	0,01	0,57	0,84

Fonte: A autora, 2015.

Notas: ExpAfetiva = dimensão da experiência afetiva da empatia;

ExpCognitiva = dimensão da experiência cognitiva da empatia

Os respondentes do 4P (quarto período) apresentaram correlações negativas entre a EMRI, AP e Fs (respectivamente, $r = -0,25$, $r = -0,28$, $r = -0,24$, $p < 0,01$) e a ideação suicida; os sujeitos do 6P (sexto período) não apresentaram escores correlacionais, condição que foi devido ao N neste período; por fim, em relação aos respondentes do 8P (oitavo período), também, observaram-se correlações negativas, significativas, entre EMRI e ideação suicida (isto é, EMRI [$r = -0,28$], CE [$r = -0,23$] e Fs [$r = -0,31$]).

A título de resultado adicional avaliaram-se as experiências afetivas e cognitivas da empatia. Estas se correlacionaram, negativamente, com a ideação suicida, tanto na amostra total quanto na secção dos períodos (respectivamente, $r_{\text{ExpAfetiva}} = -0,24$; $-0,27$; $-0,25$ e $r_{\text{ExpCognitiva}} = -0,22$; $-0,23$; $-0,26$)

Tabela 3 - Correlação de Pearson entre Empatia e Ideação suicida em alunos de distintos períodos do curso de medicina.

Fatores das Escalas	IDEAÇÃO SUICIDA		
		Períodos	
	Ntotal	4P	8P
EMRI	-0,26*	-0,25*	-0,28*
CE	-0,17*	-0,14	-0,23*
TP	-0,01	-0,02	-0,01
AgP	-0,25*	-0,28*	-0,20
FS	-0,27*	-0,24*	-0,31*
ExpAfetiva	-0,24*	-0,27*	-0,25*
ExpCognitiva	-0,22*	-0,23*	-0,26*

Fonte: A autora, 2015.

Notas: Consideração Empática (CE), Angústia Pessoal (AP), Tomada de Perspectiva (TP) e Fantasia (FS); Ntotal = amostra geral (197 sujeitos). EMRI = Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal; ExpAfetiva = dimensão da experiência afetiva da empatia; ExpCognitiva = dimensão da experiência cognitiva da empatia. * $p < 0,01$

Por fim, efetuou-se uma correlação de Pearson entre a variável da ideação suicida com as variáveis sociodemográficas e sociais (por exemplo, relacionamento, religião, perda próxima de parentes, transtorno clínico e transtorno psiquiátrico). Os seguintes resultados foram observados: houve uma correlação negativa, apenas da variável relacionamento e ideação positiva ($r = -0,23$, $p < 0,01$), por outro lado, houve uma relação positiva da variável transtorno psiquiátrico e ideação positiva ($r = 0,25$, $p < 0,01$).

Por fim, os resultados indicaram que 9% da amostra da pesquisa apresentaram ideações suicidas em diferentes graus.

É importante ressaltar que os artigos dispostos no apêndice B e C fazem partes dos resultados deste trabalho.

7 DISCUSSÃO

A partir dos resultados encontrados, alguns pontos merecem destaque. A princípio, sobre os dados sociobiodemográficos, a presente pesquisa revelou que apenas duas variáveis demonstraram correlação com a ideação suicida: transtornos psiquiátricos e envolvimento em relações amorosas.

A existência de diagnóstico psiquiátrico se correlacionou positivamente com a ideação suicida. Esse dado revelou que a condição diagnóstica de um *transtorno psiquiátrico* aumenta a probabilidade de existência da ideação. Entretanto, a variável *relacionamento* correlacionou-se negativamente com a ideação. Esse resultado significa que estar envolvido em um relacionamento amoroso diminui a possibilidade de ocorrência do pensamento de se matar. Nesse segundo ponto identifica-se com mais clareza a influência da empatia, e evidencia a importância das vinculações afetivas processo do suicídio. Entretanto, ambos os resultados vão ao encontro de muitas pesquisas realizados sobre o tema, como descritos abaixo.

Estudos revelam que cerca de 90% dos casos de suicídio estão associados à existência de transtornos mentais, sendo maior incidência de transtornos de humor, abuso de substâncias, transtornos de personalidade e esquizofrenias⁵³. Em médicos são inúmeros os estudos que indicam grande prevalência dessas patologias, como depressão, abuso de substâncias e transtornos de ansiedade^{54,55}. Os transtornos mentais podem estar presentes em até 50% dessa população^{56,57}.

Com relação ao status de relacionamento, Lovisi⁵⁸ demonstrou em estudo epidemiológico no Brasil de 1980 até 2006 que as principais características sociodemográficas referentes às pessoas que cometeram suicídio durante esse período foram baixo nível educacional, (que pode dificultar a entrada no mercado de

⁵³ ALEXANDRINO-SILVA C. et al. Ideação suicida entre estudantes da área da saúde: um estudo transversal. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 31, n. 4, p. 338-344, out. 2009.

⁵⁴ GOEBERT, D. et al. **Depressive symptoms in medical students and residents**: A Multischool Study. v.84, n. 2, p. 236-241, fev., 2009. Disponível em: <http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2009/02000/Depressive_Symptoms_in_Medical_Students_and.34.aspx>. Acesso em: 12 nov. 2014.

⁵⁵ BALDASSIN, S.; ANDRADE, A.G. de. Anxiety traits among medical students, **Arq. méd. ABC.**, v. 3, n. 1, p. p. 27-31, jan./jun., 2006.

⁵⁶ GOEBERT, op. cit.

⁵⁷ REIMER, C.; TRINKAUS, S. J. H. Suicidal tendencies of physicians - an overview. National Institutes of Health. **Psychiatr Prax.**, v.32, n. 8, p. 381-385, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16308801>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

⁵⁸ LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31 supl. 2, out. 2009.

trabalho, falta de vínculos empregatícios e dificuldade de estabilização financeira) e estado civil solteiro, que também pode representar mais uma forma de não estar ligado afetivamente e de forma consistente à sociedade. O casamento normalmente cria laços sociais e proporciona consistência moral que liga os indivíduos à sociedade. Esses dados são exemplos que ratificam os argumentos utilizados por Durkheim, que destaca a importância da vinculação afetiva e sentimento de pertencimento na sociedade como pontos que influenciam significativamente o desejo de viver^{59,60}.

Sobre a correlação entre os dados referentes à ideação suicida e a empatia, os resultados indicaram correlação negativa, ratificando a hipótese do estudo. Na análise da empatia geral houve a correlação negativa com a ideação suicida, assim como na análise das dimensões cognitiva e afetiva da empatia separadamente. Nesta avaliação dos aspectos afetivo e cognitivo, foi identificado que apesar de as duas se correlacionarem negativamente com a ideação, o âmbito afetivo mostrou maior sensibilidade para a identificação da ideação. Entretanto, na avaliação da correlação das quatro dimensões da empatia especificamente (FS, CE, TP e AGP), apenas a *Tomada de Perspectiva* não apresentou a correlação negativa com a ideação suicida.

A dimensão da Tomada de Perspectiva mede a capacidade cognitiva do indivíduo de se colocar no lugar de outras pessoas, reconhecendo e inferindo o que elas pensam e sentem (Ex: *Imagino como as pessoas se sentem quando eu as critico; Tento compreender meus amigos imaginando como eles vêem as coisas, etc.*)^{61,62}.

Diante do resultado apresentado, questiona-se se desenvolver essa dimensão da empatia auxilia ou dificulta o trabalho do profissional na área médica. É possível refletir se a condição de se colocar no lugar do outro e inferir o que pensam ou sentem pode contribuir para o envolvimento excessivo do profissional com o paciente, e com os problemas alheios. Percebe-se que é comum que o médico incorra em condutas de desvelamento excessivo com o paciente, situação que

⁵⁹ DURKHEIM, 1996.

⁶⁰ LOVISI, et al., 2006.

⁶¹ BECK; STEER, 1991.

⁶² BECKEL; BORGES; WERLANG, 2004.

frequentemente está a serviço da sua própria ansiedade e seus desejos pessoais⁶³. Essa forma de postura pode macular os limites necessários na relação profissional-paciente. Na falta desse adequado e claro estabelecimento de papéis, a situação pode se configurar de forma confusa e até mesmo caótica⁶⁴.

O excesso de envolvimento pode desencadear, então, sentimento de impotência, angustia e tristeza, por exemplo, sendo, pois, contraproducente para o desempenho profissional do médico. Nota-se que, de fato, pode haver confusão entre o posicionamento empático diante do paciente e o envolvimento emocionalmente excessivo com este. Essa confusão pode denotar dificuldade na identificação de sentimentos próprios e no manejo de emoções, além da indicação da necessidade de maior autoconhecimento por parte do médico.

Evidencia-se, então, a necessidade de maiores habilidades na identificação de pensamentos, sentimentos, manejo das emoções e maior conhecimento sobre as habilidades sociais por parte dessa população. O conhecimento sobre o conceito correto e os matizes da empatia pode auxiliar a condução emocional dos médicos, uma vez que significa um movimento psicoeducativo para a classe. Assim, como todo processo de psicoeducação, além da dinâmica de aprendizado, também incorre em processos terapêuticos, aprimorando as questões emocionais essenciais à profissão.

⁶³ MELLO FILHO, Julio de; BURD, Miriam. **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 611 p. (Biblioteca Artmed. Psiquiatria).

⁶⁴ Ibid.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura demonstra maiores taxas de suicídio na população médica do que as da população geral. Diante desta constatação, este trabalho buscou compreender o contexto da ideação suicida com estudantes de medicina. Esta pesquisa identificou que além dos transtornos mentais demonstrados na literatura, também há uma correlação entre a habilidade social de empatia e a ideação suicida.

Esse resultado pode sugerir um cenário de intervenção no tratamento e prevenção do suicídio. Registrada a influência, o treinamento de habilidades sociais pode se tornar uma forma de intervenção eficaz, junto com o tratamento de transtorno, quando houver, para a prevenção do suicídio. Essa proposta envolve também mudanças na formação médica que valorizem e destaquem as habilidades sociais e emocionais a fim de contribuir com o bem-estar do profissional no seu ofício.

Registra-se que a pesquisa foi feita com estudantes em formação. A maioria das pesquisas encontradas foi feita com médicos e residentes, porém no presente estudo já foi possível identificar a existência da ideação suicida na fase acadêmica. Esse resultado sugere que as intervenções podem ser feitas em um período inicial da formação, e ao longo de todo o processo universitário.

Novas pesquisas são necessárias para contribuir com maiores informações e melhor compreensão sobre os processos psicológicos envolvidos no fenômeno. Seria interessante a realização de estudos que possam identificar as principais causas e estímulos psicológicos ao suicídio nos médicos, assim como a construção e experimentação de novas intervenções.

REFERÊNCIAS

1. VIANA, G.N. et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 201–5, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 nov. 2014.
2. VIANA, G. N. et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 201–5, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 nov. 2014.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a resource for primary health care workers. 2000. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/topic_Suicide1.html>. Acesso em: 10 out. 2014.
4. MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Assoc Med Bras**. v. 44, n. 2, p. 135-140, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 out. 2014
5. MILLAN, Luiz Roberto; ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. **A assistência psicológica ao estud ante de medicina** : 21 anos de experiência estudante. v. 54, n. 1, p. 90-94, 2008. Acesso em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/10116/art_MILLAN_Assistencia_psicologica_ao_estudante_de_medicina_21_2008.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 nov. 2014.
6. MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Assoc Med Bras**. v. 44, n. 2, p. 135-140, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 out. 2014
7. MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Assoc Med Bras**. v. 44, n. 2, p. 135-140, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 out. 2014
8. MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Assoc Med Bras**. v. 44, n. 2, p. 135-140, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 out. 2014.
9. MILLAN, Luiz Roberto; ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. **A assistência psicológica ao estud ante de medicina** : 21 anos de experiência estudante. v. 54, n. 1, p. 90-94, 2008. Acesso em:

- <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/10116/art_MILLAN_Assistencia_psicologica_ao_estudante_de_medicina_21_2008.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 nov. 2014.
10. MELLO FILHO, Julio de; BURD, Miriam. **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 611 p. (Biblioteca Artmed. Psiquiatria).
 11. DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo sociológico. 6. ed. Lisboa: Presença, 1996.
 12. DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo sociológico. 6. ed. Lisboa: Presença, 1996.
 13. DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo sociológico. 6. ed. Lisboa: Presença, 1996.
 14. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.
 15. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.
 16. DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo sociológico. 6. ed. Lisboa: Presença, 1996.
 17. VIANA, G. N. et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 201–5, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 nov. 2014.
 18. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a resource for primary health care workers. 2000. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/topic_Suicide1.html>. Acesso em: 10 out. 2014.
 19. MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Assoc Med Bras**. v. 44, n. 2, p. 135-140, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 out. 2014.
 20. MILLAN, Luiz Roberto; ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. **A assistência psicológica ao estud ante de medicina** : 21 anos de experiência estudante. v. 54, n. 1, p. 90-94, 2008. Acesso em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/10116/art_MILLAN_Assistencia_psicologica_ao_estudante_de_medicina_21_2008.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 nov. 2014.

21. KAMSKI, L.; FRANK, E.; WENZEL, V.; **Suicide in medical students: case series.** v. 61, n. 11, p. 984-98, nov., 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135770>>. Acesso em: 28 jul. 2014.
22. KJERSTI, Støen Grotmol et al. Risk factors at medical school for later severe depression: a 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). **J Affect Disord.**, v. 146, n. 1, p. 106-111, 2013 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017539>>. Acesso em: 28 jul. 2014.
23. REIMER, C.; TRINKAUS, S. J. H. Suicidal tendencies of physicians - an overview. National Institutes of Health. **Psychiatr Prax.**, v.32, n. 8, p. 381-385, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16308801>>. Acesso em: 28 jul. 2014.
24. FALCONE, Eliane. Avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 1, n. 12, 1999. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/267>>. Acesso em: 22 nov. 2014.
25. FALCONE, Eliane. Avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 1, n. 12, 1999. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/267>>. Acesso em: 22 nov. 2014.
26. FALCONE, Eliane. Avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 1, n. 12, 1999. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/267>>. Acesso em: 22 nov. 2014.
27. PARO, Helena Borges Martins da Silva. **Empatia em estudantes de medicina no Brasil: um estudo multicêntrico.** 2013. 201 f. Tese (Doutorado em Ciências)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
28. AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE. Subcommittee on Evolucion of humanistic qualities in the internist. Evolucion of humanistic qualities in the internist. **Ann Intern Med.** v. 99, n.5, p. 720-724.1983
29. ARNOLD, Louise. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. **Acad Med.** v. 77, n. 6, p. 502-515, jun.2002. Disponível em: <http://medprof.bjmu.edu.cn/xsqy/10_assessing%20professional%20behavior.pdf>. Acesso em: 17 out. 2014.
30. PARO, Helena Borges Martins da Silva. **Empatia em estudantes de medicina**

- no Brasil:** um estudo multicêntrico. 2013. 201 f. Tese (Doutorado em Ciências)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
31. SAMPAIO, Leonardo Rodrigues et al. Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity. **Psico**. v. 42, p. 67-76, 2011. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4068769.pdf>. Acesso em: 17 out. 2014.
 32. DAVIS, Mark. H. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. **J Pers Soc Psychol**. v. 44, n. 1, p. 113-126, 1983. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/journals/psp/44/1/113/>. Acesso em: 17 out. 2014.
 33. DAVIS, Mark. H. A multidimensional approach to individual differences in empathy. **JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology**, v. 10, p. 85, 1980. Disponível em: http://www.eckerd.edu/academics/psychology/files/Davis_1980.pdf. Acesso em 22 out. 2014.
 34. SAMPAIO, Leonardo Rodrigues. et al. Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity. **Psico**. v. 42, p. 67-76, 2011. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4068769.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2014.
 35. FORMIGA, Nilton S. Um estudo intracultural da consistência estrutural da escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI). **Rev salud y Soc**.v. 3, n. 3, p. 251-262, 2012 Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4778324.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2014.
 36. DAVIS, Mark. H. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. **J Pers Soc Psychol**. v. 44, n. 1, p. 113-126, 1983. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/journals/psp/44/1/113/>. Acesso em: 17 out. 2014..
 37. DAVIS, Mark. H. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. **J Pers Soc Psychol**. v. 44, n. 1, p. 113-126, 1983. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/journals/psp/44/1/113/>. Acesso em: 17 out. 2014..
 38. SAMPAIO, Leonardo Rodrigues. et al. Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity. **Psico**. v. 42, p. 67-76, 2011. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4068769.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2014.

39. SAMPAIO, Leonardo Rodrigues. et al. Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity. **Psico**. v. 42, p. 67-76, 2011. Disponível em:
<<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4068769.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2014.
40. FORMIGA, Nilton S. Um estudo intracultural da consistência estrutural da escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI). **Rev salud y Soc.**v. 3, n. 3, p. 251-262, 2012 Disponível em:
<<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4778324.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2014.
41. CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
42. BECK, A. T.; STEER R. **Beck Scale for Suicide Ideation**. Manual, editor. San Antonio: Psychological Corporation; 1991.
43. CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
44. BECKEL, Priscila de J.; BORGES, Vivian R.; WERLANG, Blanca G.. **Estudo de Fidedignidade e Validade da Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) em Adolescentes**. 2004. Disponível em:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/82421/Resumo_20020500.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 nov. 2014.
45. TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. Needham Heights: Allyn & Bacon; 1996.
46. KLINE, P. **An easy guide to factor analysis**. New York: Routledge; 1994.
47. PASQUALI, L. **Técnicas de exame psicológico – TEP**. Manual de fundamentos das técnicas psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
48. FORMIGA, N. S. Um estudo intracultural da consistência estrutural da escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI). **Rev salud y Soc.**, v. 3, n. 3, p. 251-262, 2012.
49. TYSEN, R. et al. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors, **Journal of Affective Disorders**, v. 64, p. 69–79, abr., 2001. Disponível em:
<[http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(00\)00205-6/abstract?cc=y](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(00)00205-6/abstract?cc=y)>. Acesso em: 27 nov. 2014.
50. HAWTON, K.; MALMBERG, Aslög; SIMKIN, S. Suicide in doctors A psychological autopsy study. **Journal of Psychosomatic Research** v. 57, n. 1, p. 1-4, jul.,

2004. Disponível em:
<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399903003726>>. Acesso em: 22 nov. 2014.
51. ANDRADE, Fábio Wendling Muniz de; OLIVEIRA, José Gustavo Cavalheiro de. Comparação entre medidas de performance de modelos de credit scoring. **Revista Tecnologia de Crédito**, v. 33,. p. 35-47, 2002. Disponível em:
<http://www.serasaexperian.com.br/serasaexperian/publicacoes/revistas/2002/33/revista_0180.htm>. Acesso em: 21 out. 2014.
52. MARGOTTO, Paulo R. **Curva ROC como fazer e interpretar no SPSS**. Brasília, jun. 2010. Disponível em:
<http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Curva_ROC_SPSS.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2014.
53. ALEXANDRINO-SILVA C. et al. Ideação suicida entre estudantes da área da saúde : um estudo transversal. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 31, n. 4, p. 338-344, out. 2009.
54. GOEBERT, D. et al. **Depressive symptoms in medical students and residents** : A Multischool Study. v.84, n. 2, p. 236–241, fev., 2009. Disponível em:
<http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2009/02000/Depressive_Symptoms_in_Medical_Students_and.34.aspx>. Acesso em: 12 nov. 2014.
55. BALDASSIN, S.; ANDRADE, A.G. de. Anxiety traits among medical students, **Arq. méd. ABC.**, v. 3, n. 1, p. p. 27–31, jan./jun., 2006.
56. GOEBERT, D. et al. **Depressive symptoms in medical students and residents** : A Multischool Study. v.84, n. 2, p. 236–241, fev., 2009. Disponível em:
<http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2009/02000/Depressive_Symptoms_in_Medical_Students_and.34.aspx>. Acesso em: 12 nov. 2014.
57. REIMER, C.; TRINKAUS, S. J. H. Suicidal tendencies of physicians - an overview. National Institutes of Health. **Psychiatr Prax.**, v.32, n. 8, p. 381-385, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16308801>>. Acesso em: 28 jul. 2014.
58. LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31 supl. 2, out. 2009.
59. DURKHEIM, Émile. O suicídio: estudo sociológico. 6. ed. Lisboa: Presença, 1996..
60. LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31 supl. 2, out. 2009.

61. BECK, A. T.; STEER R. **Beck Scale for Suicide Ideation**. Manual, editor. San Antonio: Psychological Corporation; 1991.
62. BECKEL, Priscila de J.; BORGES, Vivian R.; WERLANG, Blanca G.. **Estudo de Fidedignidade e Validade da Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) em Adolescentes**. 2004. Disponível em:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/82421/Resumo_20020500.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 nov. 2014.
63. MELLO FILHO, Julio de; BURD, Miriam. **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 611 p. (Biblioteca Artmed. Psiquiatria).
64. MELLO FILHO, Julio de; BURD, Miriam. **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 611 p. (Biblioteca Artmed. Psiquiatria).

APÊNDICE A – Questionário Sociobiodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIOBIODEMOGRÁFICO

Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Ciências da Saúde

Questionário de pesquisa (dados sóciobiodemográficos)

Período do curso: _____ Número do questionário: _____

Identificação

1-Sexo: Feminino () Masculino ()

2 – Idade: _____

3 - Procedência: () Recife () Interior de Pernambuco () Outros estados.

4 - Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () União Consensual
() Namorando

5 – Filhos: () Não () Sim. 5.1 - Número de filhos vivos () 1 () 2 a 3 () > 4.

5.2 - Número de filhos mortos () 1 () 2 a 3 () > 4.

5.3 – Abortos () 1 () 2 a 3 () > 4.

6 – Renda financeira aproximada: _____

7 - Religião: () Não tem () Católico () Espírita () Evangélico () Afro brasileira () Mórmons
() Outras

8 - Escolha pela medicina:

() Influência da família

() Questões financeiras

() Status que a profissão pode oferecer

() Sonho de ser médico

() Altruísmo (desejo de ajudar as pessoas)

Antecedentes Pessoais

9 – Agravos ou traumas durante a infância: () Não () Sim

10 – Perda parental precoce (antes dos 7 anos de idade) Sim () Não ()

10.1 – Quem: () Pai () Mãe () Outros _____

11 – Violência doméstica () Sim () Não

12 – Abuso sexual () Sim () Não

13 – Agravos, traumas ou doença grave () Sim () Não

13.1 Se sim, descreva: _____

14 – Assassinato na família: () Não () Sim.

14.1 – Quem: () Pai () Mãe () Filhos () Irmãos

15 – Tratamento Clínico: () Doenças Cardiovasculares () Doenças Endócrinas () Doenças Ortopédicas () Doenças Neurológicas () Doenças Metabólicas () Doenças Hematológicas () Doenças Oncológicas () Doenças Infecciosas () Doenças Respiratórias () Doenças Gastrointestinais () Transtornos psiquiátricos

16 – Transtornos psiquiátricos na família () Sim () Não

16.1 Quem? () Pai () Mãe () Irmão () Filho () Avós () Tios () Primos () Marido () Esposa

17 - Considera que tem muitos amigos: () Sim () Não

18 - Se já tem ideia, qual especialidade você pretende seguir? (pode colocar mais de uma, caso haja dúvida)

19 – Considera-se satisfeito com a escolha pela medicina? () Sim () Não

APÊNDICE B – Artigo de Revisão

SUICÍDIO ENTRE MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA: REVISÃO DE LITERATURA

Nathália Della Santa*

Amaury Cantilino**

RESUMO

Objetivos: O presente estudo tem como objetivo construir uma revisão integrativa de literatura sobre o suicídio em médicos e estudantes de medicina a partir de uma análise de artigos científicos sobre o tema. **Métodos:** Foi realizada uma pesquisa nos bancos de dados PubMed, LILACS e SciELO com os descritores “suicide”, “physicians”, “doctors” e “students” entre o ano de 2000 e 2014 em língua inglesa, alemã, portuguesa e espanhola. **Resultados:** Os resultados indicaram que as taxas de suicídio nessa população se apresentam maiores do que as da população geral e de outros grupos acadêmicos. As principais causas apontadas nos estudos foram a maior incidência de transtornos psiquiátricos, como depressão e abuso de substâncias, e o sofrimento psíquico relacionados a vivências específicas da profissão, como a grande carga de trabalho, privação do sono, dificuldade com pacientes, ambientes insalubres, preocupações financeiras e sobrecarga de informações. **Conclusões:** A prevenção do suicídio é possível, porém o problema não tem recebido a atenção necessária. Faz-se necessário que haja outros estudos sobre o tema a fim de formular intervenções e políticas de prevenção e tratamento específico para essa população.

Palavras-chaves: Suicídio. Estudantes de medicina. Médicos. Tentativa de suicídio.

* Psicóloga. Mestranda, Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). nath.dellasanta@gmail.com

** Psiquiatra. Coordenador, Programa de Saúde Mental da Mulher, UFPE. Doutorado na Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). .cantilino@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O suicídio é considerado um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹. Posiciona-se entre as dez principais causas de morte na maioria dos países, e na segunda ou terceira posição na população entre 15 e 34 anos de idade^{2,3,4}. Ainda de acordo com a OMS, nos últimos 45 anos a taxa de mortalidade por suicídio aumentou 60%^{5,6}. Nesse mesmo período os maiores coeficientes de suicídio mudaram da faixa mais idosa para as faixas mais jovens^{7,8}. No Brasil, nos últimos 25 anos a taxas de mortalidade por suicídio em jovens e adolescentes aumentou cerca de 30%⁹. Em 2005, o Brasil registrou cerca de 8.550 mortes por suicídio. Esse número coloca o Brasil entre os dez países com as mais altas taxas de suicídio no mundo^{10,11,12}.

Os comportamentos suicidas podem ser classificados em três categorias diferentes: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado¹³. Ideias, desejos, declarações sobre querer morrer, planejamento da morte e o pensamento sobre como tal atitude iria influenciar as pessoas também fazem parte do espectro de comportamento suicida. Frequente ou pouco frequente, essas ações normalmente procuram resolver algo insuportável para o indivíduo e aparecem

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2003**: shaping the future. Geneva: World Health Organization, 2003.

² Ibid.

³ BOTECA, N. J. et al. **Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio**: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide : a population-based survey in Campinas, São Paulo, v.25, n. 12, p. 2632-2638. 2009.

⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION, op cit.

⁵ GONCALVES, L. R. C; GONCALVES, E; OLIVEIRA JUNIOR, L. B. de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova econ.**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 281-316, maio-ago. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-63512011000200005>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

⁶ BOTECA, op cit.

⁷ Ibid.

⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. op cit.

⁹ BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora da UNESP, [2000?].

¹⁰ GONCALVES; GONCALVES; OLIVEIRA JUNIOR, op cit.

¹¹ BOTECA, op cit.

¹² INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas completas de mortalidade** - 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1043>. Acesso em: 29 dez. 2014.

¹³ KELLER, Márcia; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Flexibilidade na resolução de problemas em tentadores de suicídio. **J Bras Psiquiatr**, Porto Alegre, v. 54, v. 2, p. 128-136, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd52/keller.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

escala de gravidade. Este gradiente vai desde a concepção até a consumação do suicídio^{14,15}.

Frente a tal contexto sobre o tema, tem se destacado o aumento na taxa de suicídio em médicos, a qual é conhecida por ser mais elevada do que o da população em geral^{16,17,18}. Tal condição é alarmante, também, porque um estudo americano publicado em 2013 revelou que são poucas as pesquisas que avaliaram as informações sobre comorbidades de saúde mental e estressores psicossociais que podem contribuir para o suicídio nessa classe profissional¹⁹. Devido a importância do tema em questão^{20,21,22}, o presente estudo tem como objetivo a realização de uma revisão da literatura sobre suicídio entre médicos e estudantes de medicina.

1 MÉTODO

Tratou-se de realizar uma busca bibliográfica para aferir os artigos sobre o tema proposto. Os artigos foram consultados nas bases de dados PubMed, ScieLo e LILACS. A pesquisa foi feita através do cruzamento entre os seguintes descritores: “suicide”, “physicians”, “doctors” e “students”. Foram utilizados artigos escritos em inglês, português, espanhol e alemão, publicados nos últimos 180 meses, ou seja, aqueles que foram publicados entre os anos de 2000 a 2014. Também foram utilizados livros que contemplam o tema e que puderam contribuir com a construção desta revisão, cartilhas de prevenção ao suicídio, assim como artigos que foram

¹⁴ KELLER; WERLANG, 2014.

¹⁵ ORES, L. da C. et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo Suicide risk and health risk behavior among youth between the ages of 18 and 24 years. **A descriptive study**, v. 28, n. 2, p. 305-312, 2012.

¹⁶ GOLD, Katherine J.; SEN, Ananda; SCHWENK, Thomas L. Details on suicide among U.S. physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 35, n. 1, p. 45-49, 2013.

¹⁷ STØEN, Grotmol K. et al. Risk factors at medical school for later severe depression: a 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). **J Affect Disord**, v. 146, n. 1, p. 106-111, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017539>>. Acesso em: 20 out. 2014.

¹⁸ REIMER, C; TRINKAUS, S. J. H. Suicidal tendencies of physicians - an overview. **Psychiatr Prax**, v. 32, n. 8, p. 381-385, 2005.

¹⁹ STØEN, op cit.

²⁰ KAMSKI, L; FRANK, E; WENZEL, V. Suicide in medical students: case series. **Anaesthesist**, v. 61, n. 11, p. 984-988, nov. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135770>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

²¹ STØEN, op cit.

²² REIMER; TRINKAUS, op cit.

sugeridos, como associação ao tema, pela base de dados durante a realização da captação dos artigos. Sendo assim, foram incluídos artigos originais, pesquisas quantitativas e qualitativas, estudos retrospectivos, artigos de revisão sobre o tema e estudos de casos.

A pesquisa foi realizada em duas fases: 1 - Triagem de títulos e resumos. Na triagem de títulos e resumos foram excluídos os artigos que não se adequavam à temática estudada. 2 - Após a primeira triagem dos títulos e resumos, foi verificada a existência de duplicidade dos artigos nas seleções das bases de dados, ou seja, se dois artigos iguais foram selecionados em bases de dados diferentes. Após essas duas triagens, os artigos selecionados foram lidos integralmente para construção deste trabalho.

2 RESULTADOS

A partir da pesquisa bibliográfica, foram selecionados 17 artigos para a construção desta revisão integrativa. Na base de dados do PubMed/Medline foram captados 59 artigos. Quarenta e cinco artigos foram excluídos na primeira fase da pesquisa por não se adequarem ao tema deste estudo. Destas pesquisas excluídas, os principais temas encontrados foram suicídio em jovens e adolescentes (nove artigos) e eutanásia/suicídio assistido (onze artigos). Quatorze artigos foram utilizados nesta pesquisa

No LILACS foram captados nove artigos. Apenas um artigo foi utilizado na pesquisa. Um foi excluído por duplicidade e sete foram excluídos por não contemplarem o tema proposto.

Na base de dados ScieLo foram encontrados onze artigos no cruzamento dos descritores “suicide” e “doctors”. Destes, apenas dois foram utilizados, cujos temas referiam-se às possíveis causas e inquietações que estão fortemente relacionadas ao comportamento suicida em profissionais de saúde e prevenção de suicídio em médicos

Dentre os artigos que foram selecionados para leitura completa, as principais temáticas encontradas foram as taxas superiores de suicídio dos estudantes de medicina em comparação com as outras áreas de formação, fatores de risco apresentados para o comportamento suicida nesta população e na população

médica, e prevenção do comportamento suicida. Assim, a exposição dos dados foi organizada nas categorias a seguir.

3 SUICÍDIO E IDEAÇÕES SUICIDAS EM ESTUDANTES DE MEDICINA E MÉDICOS

Revisões sistemáticas e estudos longitudinais de literatura feitos sobre o suicídio, especificamente em médicos, identificam que as taxas de suicídio nessa população são mais elevadas do que as da população geral e de outros grupos acadêmicos²³⁻²⁴. Em um estudo realizado na Alemanha em 2012 foi mencionado que a taxa de suicídio em médicos é de três a cinco vezes maior do que as da população geral²⁵.

Kamski et al.²⁶, em pesquisa realizada em uma universidade austríaca, identificou 14 suicídios em estudantes de medicina de janeiro de 2006 a agosto de 2011. Esses números refletem uma média de três suicídios por ano²⁷. Entre os 14 casos, três foram mulheres e onze homens. Com relação aos métodos utilizados, seis casos foram através de enforcamento/asfixia, cinco casos através do salto de uma grande altura, dois através de intoxicação e um através do salto em frente a um trem. Em 50% desses casos, os estudantes já haviam tido acompanhamento psiquiátrico e dois estavam em tratamento na época da morte²⁸.

Já com relação à ideação suicida, os dados são mais difíceis de serem pesquisados e registrados, já que nem sempre são expostos pelos indivíduos que pensam sobre isso e nem identificados pelas pessoas que convivem²⁹. Um estudo em 2009 nos Estados Unidos com 2.000 estudantes de medicina e residentes indicou que quase 6% dessa amostra relataram ideação suicida. Essa pesquisa revelou também que as maiores taxas de ideação suicida foram encontradas nos

²³ STØEN, 2014.

²⁴ MARTINAC, M; SAKIĆ, M; SKOBIĆ, H. J. M. Suicidal ideation and medical profession: from medical students to hospital physicians. **Psychiatr Danub**, v. 15, n. n. 3-4, p. 185-188, 2003.

²⁵ KAMSKI; FRANK; WENZEL, 2003.

²⁶ Ibid.

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid.

²⁹ GOEBERT, D. et al. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents : A Multischool Study. **Acad Med**. v. 84, n. 2, p. 236-241, fev, 2009.

estudantes que apresentaram depressão maior³⁰.

Dalgalarrondo et al.³¹ destaca a correlação entre a ideação suicida e a efetivação do suicídio. Estima-se que 60% dos indivíduos que se suicidam apresentavam previamente ideações³². Refere-se que a gravidade e a intensidade dos pensamentos suicidas estão diretamente correlacionadas com as tentativas de suicídio, que representa, por sua vez, o maior fator de risco para o suicídio completo.³³

Como exemplo dessa relação entre a ideação suicida e o suicídio efetivo, destaca-se um estudo na Universidade de Mostar, na Bósnia. Na avaliação da ideação suicida de 200 alunos identificou que 9,16% dessa amostra completaram o comportamento suicida levando os estudantes a morte³⁴.

Nesse contexto, chama-se atenção para a pesquisa de Tyssen et al.³⁵, em um estudo prospectivo com 5.522 estudantes na Noruega revelando que 14% da amostra apresentaram pensamentos suicidas. Deste universo, 8% apresentaram planejamento para o suicídio e 1,4% tentou o suicídio. Os preditores identificados nesta população foram a falta de controle sobre as situações, traços de personalidade, estado civil solteiro, eventos negativos na vida e sofrimento mental, especialmente depressão e ansiedade.

4 FATORES QUE INFLUENCIAM OS COMPORTAMENTOS SUICIDAS

Kamski et al.^{36,37} registrou que houve dificuldade para colher informações a respeito do assunto em sua pesquisa. Isto pode ser explicado pelo tabu relacionado ao tema em questão. Pontua-se que não foi reconhecido apenas um fator específico que justifique tais taxas, mas possivelmente uma junção de aspectos pessoais e ambientais.

³⁰ GOEBERT, et al., 2009.

³¹ SILVA, Viviane Franco da. et al. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1835-1843, 2006.

³² Ibid.

³³ Ibid

³⁴ MARTINAC; SAKIĆ; SKOBIĆ, 2003.

³⁵ TYSSEN, R. et al. Suicidal ideation among medical students and young physicians : a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. **J Affect Disord**, v. 64, p. 69-79, 2001.

³⁶ KAMSKI; FRANK; WENZEL, op cit.

³⁷ GOEBERT, op cit.

Com relação a essa junção de fatores que podem influenciar a ideação e o comportamento suicida, a maior parte dos artigos indica transtornos psiquiátricos, como depressão e abuso de substâncias, e fatores externos, como questões relacionadas às condições de trabalho, pressão psicológica, alta carga de trabalho e etc.³⁸

Uma pesquisa da Universidade de Oxford publicada em 2004³⁹ investigou fatores relacionados ao suicídio em médicos. A pesquisa foi realizada através de autópsia psicológica de 38 médicos que cometeram suicídio. Dentre esses, 25 apresentavam algum tipo de transtorno mental, principalmente depressão e abuso de álcool. Os problemas enfrentados por esses médicos foram identificados como relacionados ao trabalho (25), aos relacionamentos interpessoais (14), financeiros (10), e a um conjunto desses fatores (12)⁴⁰.

Em convergência com a pesquisa mencionada, uma revisão de literatura realizada em 2005⁴¹, analisou os artigos originais sobre o tema com o objetivo de fornecer uma visão geral sobre as taxas de suicídio e tendências suicidas em médicos. Nessa pesquisa foi identificado que uma das possíveis causas do aumento da taxa de suicídio nessa população é o aumento da prevalência de transtornos depressivos, bem como o abuso de substâncias.

Neste sentido, além da superioridade nas taxas de suicídio, estudos também indicam que há evidências que os estudantes de medicina e residentes têm mais possibilidade de sofrerem de depressão em comparação com alunos de outras pós-graduações e adultos jovens em geral⁴². A escola médica é reconhecida por inúmeras pesquisas como desencadeadora de estresse e como influência negativa no bem-estar físico e psicológico, e no desempenho acadêmico dos estudantes de medicina. Os transtornos mentais, segundo a literatura, podem estar presentes em até 50% dessa população^{43,44}.

Dentre os transtornos mentais, a depressão é uma doença que tem sido estudada há muito tempo no meio médico. A patologia é frequentemente associada

³⁸ GOEBERT, et al. 2009.

³⁹ HAWTON, K; SIMKIN, S. Suicide in doctors A psychological autopsy study. **J Psychosom Res.** v. 57, n. 1, p.1-4, jul., 2004.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ REIMER; TRINKAUS, 2005.

⁴² GOEBERT, et al. op cit.

⁴³ Id.

⁴⁴ REIMER; TRINKAUS, op cit.

ao fenômeno do suicídio. Os principais fatores de risco para esse transtorno encontrados nesta população são: a grande carga de trabalho, privação do sono, dificuldade com pacientes, ambientes insalubres, preocupações financeiras e sobrecarga de informações. Esses estressores podem influenciar negativamente e com intensidade significativa o desempenho acadêmico, a saúde física e o bem-estar psicológico dos estudantes, tornando-os mais vulneráveis emocionalmente⁴⁵.

Sabe-se que cerca de 90% das pessoas que cometem o suicídio são diagnosticados com transtornos mentais⁴⁶. O desenvolvimento de depressão e sintomas de ansiedade está relacionado com o surgimento e a manutenção de ideias suicidas⁴⁷. Apesar de haver muitos estudos sobre os transtornos mentais e médicos e o estresse na formação médica, a associação entre essas condições e o suicídio não tem sido amplamente estudada nessa população específica^{48,49}.

Na tentativa de elucidar essa relação entre os transtornos psiquiátricos e suicídio em médicos, destaca-se o estudo de Alexandrino-Silva et al.⁵⁰ Essa pesquisa investigou a existência de pensamentos suicidas, sintomas depressivos e sintomas de desesperança entre estudantes de medicina, de farmácia e de enfermagem. O resultado desta pesquisa revelou que os pensamentos de desesperança foram mais frequentes em estudantes de medicina do que nos outros dois cursos. Também foi identificada a existência da correlação positiva entre o risco de suicídio e a presença de sintomas depressivos e de desesperança⁵¹.

Os transtornos psiquiátricos do espectro da ansiedade também são frequentes nesta população. Uma pesquisa realizada com 603 estudantes de medicina de diversos períodos no Brasil⁵² revelou que 20,1% da amostra apresentaram alto grau de ansiedade e 79,9% sugeriu ansiedade média. Nenhum

⁴⁵ GOEBERT, et al. 2009.

⁴⁶ ALEXANDRINO-SILVA, C. et al. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs : a cross-sectional study Ideação suicida entre estudantes da área da saúde : um estudo transversal. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v.31, n. 4, p. 338-344, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000400010>. Acesso em: 17 jun. 2014.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ STØEN, et al., 2013.

⁴⁹ ALEXANDRINO-SILVA, C. et al. op cit.

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Ibid.

⁵² BALDASSIN, Sergio Pedro; MARTINS, Lourdes Conceição; ANDRADE, Arthur Guerra de. **Arq. méd. ABC**, v. 31, n. 1, p. 27-31, jan.-jun. 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=457920&indexSearch=ID>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

estudante apresentou escores de baixa ansiedade. O maior percentual de traço de ansiedade alta foi encontrado no sexto ano (26,8%) e o menor no terceiro ano (11,6%). O estudo sugere que o curso médico está intensamente associado ao desenvolvimento de quadros ansiosos nos estudantes⁵³.

Uma pesquisa realizada por Tyssen e colaboradores⁵⁴ revelou que a vivência médica e os aspectos peculiares da profissão não influenciam mais do que as outras formações em saúde. O estudo revelou que em uma população de 631 médicos na pós-graduação, os preditores aparentes na escola médica eram semelhantes aos fatores de risco de suicídio da população geral. Preditores como sintomas graves de depressão, traços de personalidade e estresse na vida pessoal foram encontrados, ao passo que fatores contextuais relacionados ao curso de medicina não foram.

Em contrapartida, Meleiro⁵⁵ refere e destaca em revisão bibliográfica fatores externos e que podem favorecer a vulnerabilidade psicológica dos médicos e estudantes de medicina em especial. Além da alta incidência de morbidades psiquiátricas, uso de drogas já referidas nesta população, mencionam-se fatores externos, como por exemplo, a dependência financeira em idade avançada, a pressão por alto rendimento nos estudos, a intensa atividade intelectual, problemas de identidade, e medos⁵⁶. Parece ser crucial para a decisão de se suicidar a combinação entre as circunstâncias da vida, a saúde mental do indivíduo e eventos estressantes⁵⁷. Além disso, pontua-se como aspecto facilitador do fenômeno nesta população a disponibilidade e a oportunidade de acesso a meios de cometer o ato suicida e o conhecimento científico desenvolvido⁵⁸.

A respeito dessas facilidades de acesso acima mencionadas, um estudo realizado com estudantes de Berlim em 2010 demonstrou que cerca de um terço dos 850 alunos participantes da pesquisa usam algum tipo medicação de forma regular

⁵³ BALDASSIN; MARTINS; ANDRADE. 2006.

⁵⁴ TYSSEN, R. et al. The process of suicidal planning among medical doctors: predictors in a longitudinal Norwegian sample. **J Affect Disord**, v. 80, n. 2-3, p. 191-198, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15207932>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

⁵⁵ MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Assoc Med Bras**, v. 44, n. 2, p. 135-140, jun., 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 jul. 2014.

⁵⁶ KAMSKI; FRANK; WENZEL. 2003.

⁵⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003

⁵⁸ Ibid.

como uma fuga dos problemas através de fármacos⁵⁹.

Além do conhecimento sobre as formas e dos fatores que influenciam a decisão, o processo pelo qual o indivíduo passa também é um aspecto que deve ser investigado. Tyssen et al.⁶⁰ pesquisou sobre o processo que leva o estudante de pós-graduação de medicina ao suicídio. A pesquisa refere que poucos estudos têm se debruçado sobre este processo, que se traduz em um processo continuum de gravidade⁶¹. Esse processo é iniciado com pensamentos de que a vida não vale a pena, ideações suicidas de forma geral, seguido pelo ato de considerar seriamente o suicídio como uma real possibilidade, planejar e, finalmente, tentar o suicídio. Os autores se referem e destacam especialmente o planejamento suicida, uma vez que, na população geral, aproximadamente de 72% evolui do planejamento para a tentativa real de suicídio⁶².

Ainda a despeito dos fatores externos peculiares à população em estudo, evidenciam-se as feridas narcísicas profundas, o medo de decepcionar e ter a reputação abalada socialmente frente à criação de expectativas irreais a respeito de desempenho pessoal e necessidade de apresentar alto rendimento⁶³. Na Alemanha, em 2006, uma pesquisa qualitativa, baseada em estudos e meta-análises, evidenciou que as ideações e comportamentos suicidas comuns em médicos são fundamentados nas dificuldades que eles têm de corresponder à representação social dos médicos⁶⁴. Essa representação é simbolizada pelo comportamento de equilíbrio, de ajuda, e de disponibilidade. Essa expectativa pode corroborar a dificuldade que esses profissionais têm na identificação de seus próprios problemas emocionais e, conseqüentemente, na solicitação de ajuda aos colegas e nas intervenções médicas necessárias para o seu tratamento⁶⁵. Esse movimento pode ser compreendido como receio da discriminação laboral e pessoal do profissional; pensar, planejar e cometer o suicídio vai de encontro à imagem e à principal função do médico que é defender a vida sob qualquer circunstância⁶⁶.

⁵⁹ REIMER; TRINKAUS, 2005.

⁶⁰ TYSSSEN, et al. 2014.

⁶¹ Ibid.

⁶² Ibid.

⁶³ KAMSKI; FRANK; WENZEL, 2003.

⁶⁴ PÜSCHEL, K. S. S. Not enough help for themselves--the risk of physicians to commit suicide. **Arch Kriminol.** v. 218, n. 3-4, p. 89-99, 2006.

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ Ibid.

Para além desses dados e resultados, vale pontuar que Püschel e Schalinski⁶⁷ chamam atenção para o movimento de subnotificação dos suicídios no meio médico, alterando os certificados de óbito em função da proteção contra a imagem negativa que o ato suicida pode causar, condição essa, que prejudica a notificação e informação quanto a gravidade do problema na classe médica.

5 PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

É frente a tal situação do fenômeno do suicídio que o Conselho Federal de Psicologia do Brasil⁶⁸ publicou em 2013 uma cartilha sobre o assunto. Apesar da cartilha não ser específica para o meio médico, ela tem como objetivo servir como um norteador de ações futuras dentro do campo da psicologia sobre o tema e auxiliar na idealização de políticas públicas que busquem prevenir e assistir à questão e tela. Esse trabalho foi constituído a partir de uma perspectiva social-psicológica sobre o fenômeno⁶⁹.

Além da cartilha acima citada, o Conselho Federal de Medicina, junto com a Associação Brasileira de Psiquiatria, elaborou uma cartilha sobre a prevenção do suicídio intitulada “Suicídio: informando para prevenir”⁷⁰. A cartilha foi construída baseada no pressuposto de que o suicídio pode ser prevenido, desde que os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, estejam preparados para identificar e reconhecer fatores de risco⁷¹. Nessa cartilha há a orientação para médicos e profissionais da área de saúde em geral sobre a condução frente às situações de risco. A cartilha auxilia na identificação de indícios de possíveis comportamentos suicidas nos pacientes⁷².

Nesses termos, Meleiro⁷³ também ratificou que os suicídios podem ser reconhecidos e prevenidos em médicos. Analisando uma população de suicidas, foi possível verificar que meses antes da morte, colegas próximos identificaram mudanças comportamentais, aumento da indecisão, desorganização e quadros

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio**: informando para prevenir. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção do Suicídio. Brasília: CBM/ABP, 2014.

⁷¹ Ibid.

⁷² Ibid.

⁷³ MELEIRO, 1988.

depressivos, assim como identificado na população geral.

Na cartilha formulada pelo CFP mencionada, a prevenção é vinculada diretamente ao fenômeno, e é considerada como algo possível de ser realizado. A proposta parte do pressuposto de que a ideia de retirar a própria vida pode ser comunicada por meios verbais e não verbais, desde o ato de planejar até a tentativa do suicídio⁷⁴, e, portanto, passível a intervenções por profissionais preparados.

Mantendo-se em mente que a ideação suicida é o principal fator de risco para o suicídio completo, a identificação desses pensamentos e mudanças comportamentais nesta população (médicos e estudantes de medicina) é fundamental para que se possa intervir e construir políticas específicas de prevenção ao suicídio para essa população.

De forma geral, o fenômeno do suicídio é um problema de saúde pública e que tem grande relevância nesse contexto. Segundo o Conselho Federal de Psicologia, embora os aspectos que contribuam para o suicídio variem entre grupos e populações específicas, refere que os principais grupos de risco são os jovens, idosos e grupos socialmente isolados⁷⁵. Ou seja, sugere-se que o isolamento social pode interferir na ideia, no planejamento e na execução do suicídio. Apesar de anualmente cerca de um milhão de pessoas cometerem suicídio no mundo e de o suicídio estar entre as dez principais causas de morte em todo o mundo, questiona-se o pouco número de estudos relacionados ao tema na população médica. A propósito, essa população também está suscetível ao isolamento social causado pelos longos anos de formação, grande volume de estudo, e exaustiva carga acadêmica e de trabalho. Destaca-se o pouco número de pesquisas feitas na área. Na presente pesquisa, do universo de 79 artigos selecionados na primeira fase da pesquisa, apenas 17 artigos foram selecionados, que discorreram especificamente sobre esse tema.

DISCUSSÃO

Nota-se que ainda hoje o tema do suicídio é um tabu na sociedade. Desde o início do curso médico, os estudantes aprendem a ver a morte como sua maior

⁷⁴ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013.

⁷⁵ Ibid.

adversária, que ela deve ser combatida, e se possível, vencida em nome da ciência e da competência⁷⁶. Essa lógica aprendida parece ser a vigente no meio médico, e pode dificultar o debate e a exposição de profissionais que se posicionam contra^{77,78}. Mesmo com dados alarmantes e superiores aos da população geral, foram ainda encontrados nos artigos analisados registros de subnotificações das mortes por suicídio na área médica. Essas subnotificações podem ser compreendidas como uma forma de proteção e de evitar a exposição do colega suicida⁷⁹.

Nos artigos selecionados, foi um consenso que a decisão de se suicidar é o resultado de uma conjuntura de fatores externos, orgânicos e circunstanciais. Embora o número de estudos específicos sobre o tema seja pouco, em praticamente todos eles os preditores encontrados foram semelhantes: existência de transtornos psiquiátricos, como depressão, ansiedade e abuso de substâncias, e questões externas referentes aos hábitos e vivências peculiares da população médica. Apesar de essas causas estarem claras no estudo da literatura, foram encontrados poucos estudos que relatam projetos ou programas de apoio a essa população com modelos de intervenção.

Os poucos estudos encontrados se detiveram em analisar as taxas de suicídio e a existência de ideação suicida nos estudantes de medicina e médicos formados, mas há uma defasagem na forma de intervenção com essa população frente a essas constatações. Os artigos destacam a importância da identificação dos diagnósticos e tratamento dos transtornos mentais. Essa intervenção é de extrema importância, mas é a conduta indicada para todos, já que cerca de 90% das pessoas que cometem o suicídio são diagnosticados com transtornos mentais⁸⁰. Questiona-se, então, as intervenções que poderiam ser feitas de forma específica para a população médica, uma vez que ela apresenta taxas de suicídio e ideação suicida superiores às da população geral^{81,82,83}.

Na busca de compreender esse fenômeno e identificar intervenções possíveis

⁷⁶ BATISTA, Rodrigo Siqueira; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 31-41, 2004.

⁷⁷ PÜSCHEL, 2006.

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ PÜSCHEL, op cit.

⁸⁰ ALEXANDRINO-SILVA, 2009.

⁸¹ GOLD; SEN; SCHWENK, 2013.

⁸² STØEN, et al. 2013.

⁸³ REIMER; TRINKAUS, 2005.

e eficazes para o problema, reflete-se sobre o processo de formação médica. Esse processo implica, de forma significativa, na falta de tempo para o lazer e para contato com os amigos, família e namorado/a, no grande número de perdas durante o curso, na desconstrução da idealização da onipotência médica, na crescente consciência dos problemas existentes na profissão, além da convivência com o clima de competição pelas melhores notas e vagas⁸⁴.

Todos esses fatores podem influenciar negativamente a saúde mental do educando. Esse cenário, além de contribuir com o desenvolvimento de transtornos psicológicos⁸⁵, que, segundo a literatura, podem estar presentes em até 50% dessa população⁸⁶, não colabora com a construção e manutenção de boas relações sociais e afetivas, e que podem estar diretamente relacionados à possibilidade do desinteresse pela vida.

O processo de formação médica se inicia com o formato da seleção para o ingresso nas faculdades de medicina. Esta seleção ocorre através de notas que avaliam a capacidade intelectual e o aprendizado teórico dos estudantes. Porém, existem outros aspectos não menos importantes que não são avaliados nesse processo, mas que influenciam diretamente no sucesso acadêmico dos estudantes, e profissional dos médicos. Habilidades sociais como empatia, sociabilidade e tolerância à frustração são exemplos dessas características. A formação acadêmica ainda parece ainda estar voltada para o desempenho intelectual. Apesar de disciplinas como Psicologia Médica já estarem presentes na maioria dos currículos médicos, parece haver ainda certa negligência com inteligência emocional e as habilidades sociais necessárias para o crescimento profissional e o bem-estar psicológico do indivíduo no decorrer do seu ofício⁸⁷. Nesse sentido, o treinamento de habilidades sociais surge como possibilidade de intervenção para atuar nesse contexto, a fim de colaborar com a formação humana, social e emocional dos profissionais.

⁸⁴ MILLAN, Luiz Roberto, ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. Assistência psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência estudante. **Rev Assoc Med Bras.** v. 54, n. 1, p. 90-94, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/27.pdf>>. Acesso em 14 jun. 2014.

⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ BALDASSIN; MARTINS; ANDRADE, 2006.

⁸⁷ KAMSKI; FRANK; WENZEL, 2003.

CONCLUSÃO

O presente estudo buscou fazer uma revisão integrativa sobre o suicídio em médicos e estudantes de medicina. De forma geral as pesquisas indicaram que as taxas de suicídio nessa população são maiores do que as da população geral e outros grupos acadêmicos, e enumeram fatores que justificam esses dados.

Esse aumento pode ser explicado pela maior incidência de transtornos psiquiátricos como depressão, transtornos de ansiedade, abuso de álcool e substâncias, por exemplo. O fácil acesso e o maior conhecimento sobre o funcionamento fisiológico humano podem facilitar a efetivação do comportamento suicida. Além disso, a imagem social de equilíbrio e de apoio dificulta a solicitação de ajuda pelos médicos, impedindo a identificação dos transtornos e o auxílio com relação às insatisfações com a própria vida e as ideias suicidas nessa população.

A prevenção do suicídio é possível. Os estudos sobre a ideia suicida em médicos e estudantes de medicina estão elucidando as causas, influências sociais, processos cognitivos e de tomada de decisão de finalizar a própria vida. As formas de intervenção para o fenômeno podem ser pontuadas como o diagnóstico e tratamento dos transtornos psicológicos comumente presentes na população, e uma mudança no processo de formação médica, que valorize e destaque as habilidades sociais e emocionais a fim de contribuir com o bem-estar do profissional no seu ofício.

De forma geral, o estudo pretendeu fornecer dados, mesmo que bibliográficos, visando uma maior compreensão do fenômeno e, conseqüentemente, auxiliar na elaboração de intervenções clínicas e terapêuticas, assim como na construção de programas e políticas e educativas de prevenção do suicídio na área profissional da saúde em geral.

Novas pesquisas e projetos são necessários para contribuir com maiores informações e melhor compreensão sobre os processos psicológicos envolvidos no fenômeno. Seria interessante estudar profundamente sobre as habilidades sociais nessa população, principalmente a empatia. Além disso, estudos que possam identificar as principais causas e estímulos psicológicos ao suicídio nos médicos também seria importante para a construção de intervenções mais eficazes. Por fim, sugere-se também a aplicação de programas de apoio que pudessem avaliar, de forma prática, a eficácia de intervenções específicas para o problema em tela.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Todos os autores do manuscrito contribuíram significativamente na concepção e no desenho do estudo. Ambos contribuíram na análise e interpretação dos dados. NDS executou a busca nos bancos de dados e elaborou o texto. Ambos os autores revisaram criticamente o seu conteúdo intelectual e aprovaram sua versão final para ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSES

Todos os autores do manuscrito afirmam que não tem qualquer conflito de interesse com o tema abordado no artigo, nem com os produtos/itens citados. Declaram que o artigo citado acima é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar não será enviado a outro periódico científico, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela Revista Brasileira de Educação Médica.

SUICIDE AMONG DOCTORS AND MEDICAL STUDENTS: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Objectives: This study aims to construct an integrative review of suicide in physicians and medical students from an analysis of scientific articles on the subject. **Methods:** A search was conducted of the PubMed, LILACS and SciELO databases using the keywords "suicide", "physicians", "doctors" and "students" between 2000 and 2014 in English, German, Portuguese and Spanish. **Results:** The results indicated that suicide rates in this population are higher than that of the general population and other academic groups. The main causes identified in the study were the highest incidence of psychiatric disorders such as depression and substance abuse, and psychological distress related to specific experiences of the profession, such as high workload, sleep deprivation, difficulty with patients, unhealthy environments, financial worries and information overload. **Conclusions:** Suicide prevention is possible, but the problem is not receiving the necessary attention. Additional research on the subject is required to formulate policies and interventions for prevention and specific treatment for this population.

Keywords: **Suicide. Medical students. Physicians. Suicide attempted.**

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2003**: shaping the future. Geneva: World Health Organization, 2003.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2003**: shaping the future. Geneva: World Health Organization, 2003.
3. BOTEGA, N. J. et al. **Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio**: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide : a population-based survey in Campinas, São Paulo, v.25, n. 12, p. 2632-2638. 2009.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2003**: shaping the future. Geneva: World Health Organization, 2003
5. GONCALVES, L. R. C; GONCALVES, E; OLIVEIRA JUNIOR, L. B. de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova econ.**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 281-316, maio-ago. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-63512011000200005>>. Acesso em: 10 jul. 2014.
6. BOTEGA, N. J. et al. **Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio**: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide : a population-based survey in Campinas, São Paulo, v.25, n. 12, p. 2632-2638. 2009.
7. BOTEGA, N. J. et al. **Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio**: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide : a population-based survey in Campinas, São Paulo, v.25, n. 12, p. 2632-2638. 2009.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2003**: shaping the future. Geneva: World Health Organization, 2003
9. BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora da UNESP, [2000?].
10. GONCALVES, L. R. C; GONCALVES, E; OLIVEIRA JUNIOR, L. B. de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova econ.**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 281-316, maio-ago. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-63512011000200005>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

11. BOTEAGA, N. J. et al. **Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil** Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide : a population-based survey in Campinas, São Paulo, v.25, n. 12, p. 2632-2638. 2009.

12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas completas de mortalidade - 2006**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1043>. Acesso em: 29 dez. 2014.

13. KELLER, Márcia; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Flexibilidade na resolução de problemas em tentadores de suicídio. **J Bras Psiquiatr**, Porto Alegre, v. 54, n. 2, p. 128-136, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd52/keller.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

14. KELLER, Márcia; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Flexibilidade na resolução de problemas em tentadores de suicídio. **J Bras Psiquiatr**, Porto Alegre, v. 54, n. 2, p. 128-136, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd52/keller.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

15. ORES, L. da C. et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo Suicide risk and health risk behavior among youth between the ages of 18 and 24 years. **A descriptive study**, v. 28, n. 2, p. 305-312, 2012.

16. GOLD, Katherine J.; SEN, Ananda; SCHWENK, Thomas L. Details on suicide among U.S. physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 35, n. 1, p. 45-49, 2013.

17. STØEN, Grotmol K. et al. Risk factors at medical school for later severe depression: a 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). **J Affect Disord**, v. 146, n. 1, p. 106-111, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017539>>. Acesso em: 20 out. 2014.

18. REIMER, C; TRINKAUS, S. J. H. Suicidal tendencies of physicians - an overview. **Psychiatr Prax**. v. 32, n. 8, p. 381-385, 2005.

19. STØEN, Grotmol K. et al. Risk factors at medical school for later severe depression: a 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). **J Affect Disord**, v. 146, n. 1, p. 106-111, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017539>>. Acesso em: 20 out. 2014.

20. KAMSKI, L; FRANK, E; WENZEL, V. Suicide in medical students: case series. **Anaesthesist**, v. 61, n. 11, p. 984-988, nov. 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135770>. Acesso em: 28 jul. 2014.
21. STØEN, Grotmol K. et al. Risk factors at medical school for later severe depression: a 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). **J Affect Disord**, v. 146, n. 1, p. 106-111, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017539>. Acesso em: 20 out. 2014.
22. REIMER, C; TRINKAUS, S. J. H. Suicidal tendencies of physicians - an overview. **Psychiatr Prax.** v. 32, n. 8, p. 381-385, 2005.
23. STØEN, Grotmol K. et al. Risk factors at medical school for later severe depression: a 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). **J Affect Disord**, v. 146, n. 1, p. 106-111, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017539>. Acesso em: 20 out. 2014.
24. MARTINAC, M; SAKIĆ, M; SKOBIĆ, H. J. M. Suicidal ideation and medical profession: from medical students to hospital physicians. **Psychiatr Danub**, v. 15, n. n. 3-4, p. 185-188, 2003.
25. KAMSKI, L; FRANK, E; WENZEL, V. Suicide in medical students: case series. **Anaesthesist**, v. 61, n. 11, p. 984-988, nov. 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135770>. Acesso em: 28 jul. 2014.
26. KAMSKI, L; FRANK, E; WENZEL, V. Suicide in medical students: case series. **Anaesthesist**, v. 61, n. 11, p. 984-988, nov. 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135770>. Acesso em: 28 jul. 2014.
27. KAMSKI, L; FRANK, E; WENZEL, V. Suicide in medical students: case series. **Anaesthesist**, v. 61, n. 11, p. 984-988, nov. 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135770>. Acesso em: 28 jul. 2014.
28. KAMSKI, L; FRANK, E; WENZEL, V. Suicide in medical students: case series. **Anaesthesist**, v. 61, n. 11, p. 984-988, nov. 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135770>. Acesso em: 28 jul. 2014.
29. GOEBERT, D. et al. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents : A Multischool Study. **Acad Med.** v. 84, n. 2, p. 236-241, fev, 2009.
30. GOEBERT, D. et al. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents : A Multischool Study. **Acad Med.** v. 84, n. 2, p. 236-241, fev, 2009.

31. SILVA, Viviane Franco da. et al. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1835-1843, 2006.
32. SILVA, Viviane Franco da. et al. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1835-1843, 2006.
33. SILVA, Viviane Franco da. et al. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1835-1843, 2006.
34. MARTINAC, M; SAKIĆ, M; SKOBIĆ, H. J. M. Suicidal ideation and medical profession: from medical students to hospital physicians. **Psychiatr Danub**, v. 15, n. n. 3-4, p. 185-188, 2003.
35. TYSSEN, R. et al. Suicidal ideation among medical students and young physicians : a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. **J Affect Disord**, v. 64, p. 69-79, 2001.
36. KAMSKI, L; FRANK, E; WENZEL, V. Suicide in medical students: case series. **Anaesthesist**, v. 61, n. 11, p. 984-988, nov. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135770>>. Acesso em: 28 jul. 2014.
37. GOEBERT, D. et al. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents : A Multischool Study. **Acad Med**. v. 84, n. 2, p. 236-241, fev, 2009.
38. GOEBERT, D. et al. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents : A Multischool Study. **Acad Med**. v. 84, n. 2, p. 236-241, fev, 2009.
39. HAWTON, K; SIMKIN, S. Suicide in doctors A psychological autopsy study. **J Psychosom Res**. v. 57, n. 1, p.1-4, jul., 2004.
40. HAWTON, K; SIMKIN, S. Suicide in doctors A psychological autopsy study. **J Psychosom Res**. v. 57, n. 1, p.1-4, jul., 2004.
41. REIMER, C; TRINKAUS, S. J. H. Suicidal tendencies of physicians - an overview. **Psychiatr Prax**. v. 32, n. 8, p. 381-385, 2005.
42. GOEBERT, D. et al. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents : A Multischool Study. **Acad Med**. v. 84, n. 2, p. 236-241, fev, 2009.

43. GOEBERT, D. et al. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents : A Multischool Study. **Acad Med.** v. 84, n. 2, p. 236-241, fev, 2009
44. REIMER, C; TRINKAUS, S. J. H. Suicidal tendencies of physicians - an overview. **Psychiatr Prax.** v. 32, n. 8, p. 381-385, 2005
45. GOEBERT, D. et al. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents : A Multischool Study. **Acad Med.** v. 84, n. 2, p. 236-241, fev, 2009.
46. ALEXANDRINO-SILVA, C. et al. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs : a cross-sectional study Ideação suicida entre estudantes da área da saúde : um estudo transversal. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v.31, n. 4, p. 338-344, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000400010>. Acesso em: 17 jun. 2014.
47. ALEXANDRINO-SILVA, C. et al. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs : a cross-sectional study Ideação suicida entre estudantes da área da saúde : um estudo transversal. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v.31, n. 4, p. 338-344, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000400010>. Acesso em: 17 jun. 2014.
48. STØEN, Grotmol K. et al. Risk factors at medical school for later severe depression: a 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). **J Affect Disord**, v. 146, n. 1, p. 106-111, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017539>>. Acesso em: 20 out. 2014.
49. ALEXANDRINO-SILVA, C. et al. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs : a cross-sectional study Ideação suicida entre estudantes da área da saúde : um estudo transversal. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v.31, n. 4, p. 338-344, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000400010>. Acesso em: 17 jun. 2014.
50. ALEXANDRINO-SILVA, C. et al. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs : a cross-sectional study Ideação suicida entre estudantes da área da saúde : um estudo transversal. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v.31, n. 4, p. 338-344, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000400010>. Acesso em: 17 jun. 2014.

51. ALEXANDRINO-SILVA, C. et al. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs : a cross-sectional study Ideação suicida entre estudantes da área da saúde : um estudo transversal. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v.31, n. 4, p. 338-344, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000400010>. Acesso em: 17 jun. 2014.

52. BALDASSIN, Sergio Pedro; MARTINS, Lourdes Conceição; ANDRADE, Arthur Guerra de. **Arq. méd. ABC**, v. 31, n. 1, p. 27-31, jan.-jun. 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=457920&indexSearch=ID>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

53. BALDASSIN, Sergio Pedro; MARTINS, Lourdes Conceição; ANDRADE, Arthur Guerra de. **Arq. méd. ABC**, v. 31, n. 1, p. 27-31, jan.-jun. 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=457920&indexSearch=ID>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

54. TYSSEN, R. et al. The process of suicidal planning among medical doctors: predictors in a longitudinal Norwegian sample. **J Affect Disord**, v. 80, n. 2-3, p. 191-198, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15207932>>. Acesso em: 28 jun. 2014

55. MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Assoc Med Bras**, v. 44, n. 2, p. 135-140, jun., 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 jul. 2014.

56. KAMSKI, L; FRANK, E; WENZEL, V. Suicide in medical students: case series. **Anaesthesist**, v. 61, n. 11, p. 984-988, nov. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135770>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

57. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2003**: shaping the future. Geneva: World Health Organization, 2003.

58. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2003**: shaping the future. Geneva: World Health Organization, 2003.

59. REIMER, C; TRINKAUS, S. J. H. Suicidal tendencies of physicians - an overview. **Psychiatr Prax**. v. 32, n. 8, p. 381-385, 2005.

60. TYSSEN, R. et al. The process of suicidal planning among medical doctors: predictors in a longitudinal Norwegian sample. **J Affect Disord**, v. 80, n. 2-3, p. 191-198, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15207932>. Acesso em: 28 jun. 2014.
61. TYSSEN, R. et al. The process of suicidal planning among medical doctors: predictors in a longitudinal Norwegian sample. **J Affect Disord**, v. 80, n. 2-3, p. 191-198, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15207932>. Acesso em: 28 jun. 2014.
62. TYSSEN, R. et al. The process of suicidal planning among medical doctors: predictors in a longitudinal Norwegian sample. **J Affect Disord**, v. 80, n. 2-3, p. 191-198, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15207932>. Acesso em: 28 jun. 2014.
63. KAMSKI, L; FRANK, E; WENZEL, V. Suicide in medical students: case series. **Anaesthesist**, v. 61, n. 11, p. 984-988, nov. 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135770>. Acesso em: 28 jul. 2014.
64. PÜSCHEL, K. S. S. Not enough help for themselves--the risk of physicians to commit suicide. **Arch Kriminol**. v. 218, n. 3-4, p. 89-99, 2006.
65. PÜSCHEL, K. S. S. Not enough help for themselves--the risk of physicians to commit suicide. **Arch Kriminol**. v. 218, n. 3-4, p. 89-99, 2006.
66. PÜSCHEL, K. S. S. Not enough help for themselves--the risk of physicians to commit suicide. **Arch Kriminol**. v. 218, n. 3-4, p. 89-99, 2006.
67. PÜSCHEL, K. S. S. Not enough help for themselves--the risk of physicians to commit suicide. **Arch Kriminol**. v. 218, n. 3-4, p. 89-99, 2006.
68. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília, 2013.
69. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília, 2013.
70. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção do Suicídio. Brasília: CBM/ABP, 2014.

71. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio**: informando para prevenir. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção do Suicídio. Brasília: CBM/ABP, 2014.
72. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio**: informando para prevenir. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção do Suicídio. Brasília: CBM/ABP, 2014.
73. MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Assoc Med Bras**, v. 44, n. 2, p. 135-140, jun., 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 jul. 2014.
74. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília, 2013.
75. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília, 2013.
76. BATISTA, Rodrigo Siqueira; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 31-41, 2004.
77. PÜSCHEL, K. S. S. Not enough help for themselves--the risk of physicians to commit suicide. **Arch Kriminol**. v. 218, n. 3-4, p. 89-99, 2006.
78. BATISTA, Rodrigo Siqueira; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 31-41, 2004.
79. PÜSCHEL, K. S. S. Not enough help for themselves--the risk of physicians to commit suicide. **Arch Kriminol**. v. 218, n. 3-4, p. 89-99, 2006.
80. ALEXANDRINO-SILVA, C. et al. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs : a cross-sectional study Ideação suicida entre estudantes da área da saúde : um estudo transversal. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v.31, n. 4, p. 338-344, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000400010>. Acesso em: 17 jun. 2014.
81. GOLD, Katherine J.; SEN, Ananda; SCHWENK, Thomas L. Details on suicide among U.S. physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 35, n. 1, p. 45-49, 2013.

82. STØEN, Grotmol K. et al. Risk factors at medical school for later severe depression: a 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). **J Affect Disord**, v. 146, n. 1, p. 106-111, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017539>. Acesso em: 20 out. 2014.

83. REIMER, C; TRINKAUS, S. J. H. Suicidal tendencies of physicians - an overview. **Psychiatr Prax**. v. 32, n. 8, p. 381-385, 2005.

84. MILLAN, Luiz Roberto, ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. Assistência psicológica ao estudante de medicina : 21 anos de experiência estudante. **Rev Assoc Med Bras**. v. 54, n. 1, p. 90-94, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/27.pdf>. Acesso em 14 jun. 2014.

85. MILLAN, Luiz Roberto, ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. Assistência psicológica ao estudante de medicina : 21 anos de experiência estudante. **Rev Assoc Med Bras**. v. 54, n. 1, p. 90-94, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/27.pdf>. Acesso em 14 jun. 2014.

86. BALDASSIN, Sergio Pedro; MARTINS, Lourdes Conceição; ANDRADE, Arthur Guerra de. **Arq. méd. ABC**, v. 31, n. 1, p. 27-31, jan.-jun. 2006. 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=457920&indexSearch=ID>. Acesso em: 17 jul. 2014.

87. KAMSKI, L; FRANK, E; WENZEL, V. Suicide in medical students: case series. **Anaesthesist**, v. 61, n. 11, p. 984-988, nov. 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135770>. Acesso em: 28 jul. 2014.

APÊNDICE C – Artigo Original

IDEATION SUICIDE AND EMPATHY: A CORRELATIONAL STUDY IN STUDENTS AT A PUBLIC UNIVERSITY OF MEDICINE

Nathália Della Santa^{*}

Amaury Cantilino^{**}

ABSTRACT

Objectives: In this study we aimed to assess whether there is a correlation between suicidal ideation and the social skill of empathy in medical students of the Federal University of Pernambuco. **Method:** This is a correlational, inferential, and cross-sectional study performed with a sample of 197 students in their fourth, sixth and eighth semesters who had filled out a sociodemographic questionnaire, the Multidimensional Scale of Interpersonal Reactivity Davis (EMRI), and the Scale for Suicidal Ideation Beck (BSI). **Results:** Nine percent of the sample exhibited suicidal ideation. A negative correlation between empathy and suicidal ideation was observed. These results were found in both the full scale of empathy, as well as in cognitive and affective specific spheres of empathy. It was found that the affective sphere of empathy is more sensitive to suicidal ideation than the cognitive sphere. **Conclusion:** In medical students, the higher the score of empathy, the lower the frequency of suicidal ideation.

Keywords: Suicidal ideation. Empathy. Social skills. Medical students.

^{*} Psicóloga. Mestranda, Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Corresponding author Address: Av. Ministro Marcos Freire, n 3863, apt 401, Casa Caiada, Olinda, Brasil, 53040-010, Phone number: +55 81 99731131, E-mail address: nath.dellasanta@gmail.com

^{**} Psiquiatra. Coordenador, Programa de Saúde Mental da Mulher, UFPE. Doutorado na Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). cantilino@hotmail.com

INTRODUCTION

Every year about one million people commit suicide and about 10 to 20 million attempt suicide in the world¹. Brazil has an average of 4-6 deaths by suicide per 100,000 inhabitants². Suicide is among the ten leading causes of death worldwide and among the top three in young people aged between 15 and 34 years. World Health Organization data show that approximately 815,000 people committed suicide in 2000 worldwide, representing one death every 40 seconds³.

In the medical population these rates are even higher^{4,5}. In a review of the literature available on suicide among physicians, it appears that the suicide rate in the medical population is higher than the general population in every nation examined⁶. A study in the 1990s shows that the suicide rate among medical students was approximately four times higher than the general population⁷. These results suggest further studies on this subject in view of the great importance and seriousness of the matter in medical training.

If one can understand the psychotherapeutic acts more broadly, symptoms that doctors may have, in either latent or manifest forms, important psychological influences may allow for improved treatment⁸. Such information can and should be used for therapeutic purposes.

The medical training process substantially involves a lack of time for leisure and contact with friends, family, and significant others. It also involves a large number of losses during the process, the deconstruction of the idealization of medical

¹ VIANA, Greta Nazario et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, p. 2001-2005. **J Bras Psiquiatr.** v. 57, n. 1, p. 2001-2005, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100008&lng=pt&nrm=iso&tling=pt>. Acesso em: 13 jun. 2014.

² Ibid.

³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a resource for primary health care workers. 2000. Disponível: <http://www.who.int/mental_health/topic_Suicide1.html>. Acesso em: 21 jul. 2014.

⁴ MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Assoc Med Bras.** v.44, n. 2, p. 135-140, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012&lng=pt&nrm=iso&tling=pt>. Acesso em: 21 jul. 2014

⁵ MILLAN, Luiz Roberto, ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. A assistência psicológica ao estud ante de medicina : 21 anos de experiência estudante. **Rev Assoc Med Bras.** v. 54, n. 1: p. 90-94, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/27.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

⁶ MELEIRO, op cit.

⁷ MILLAN; ARRUDA, op cit.

⁸ MELLO FILHO, Julio de; BURD, Miriam. **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 611 p. (Biblioteca Artmed. Psiquiatria).

omnipotence as a part of the growing awareness of the problems in the profession, and coping with the climate of competition for better grades and positions⁹.

All these factors can affect the mental health of medical students and contribute to the development of psychological disorders in this population, as shown in the research of Millan & Arruda¹⁰. Moreover, these factors are not involved with the construction and maintenance of good social and emotional relationships.

The philosopher Emile Durkheim, in the late nineteenth century, built an argument about the phenomenon of suicide in which he showed that it is not an individual act related only to psychological disorders as was believed at the time¹¹. Durkheim argued that it was a phenomenon resulting from the influence of social forces. He postulated that suicide rates vary according to the degree of "social solidarity" in different groups. That is, the greater the degree of sharing of values and beliefs, and the higher the frequency and intensity of the interaction among people in the groups, the greater the degree of social solidarity¹². Thus, he reasoned that the more individuals feel they belong and are anchored in the social world, the less likely they are to commit suicide. The hypothesis of the philosopher was simple: groups with higher degrees of solidarity had lower suicide rates than those with lower degrees of solidarity¹³.

The Federal Council of Psychology¹⁴ states that although the aspects that contribute to suicide vary between specific groups and populations, the main at-risk groups are young people, elderly, and socially isolated groups¹⁵. That is, in agreement with Durkheim's postulation, these data suggest that social isolation can promote the planning and execution of suicide¹⁶.

Although annually about one million people commit suicide in the world, with even higher rates within the medical environment^{17,18,19,20}, the issue is whether the

⁹ MILLAN; ARRUDA, 2008.

¹⁰ Ibid.

¹¹ DURKHEIM, Émile. **Suicídio: estudo sociológico**. 1986. Disponível em: <<http://copyfight.me/Acervo/livros/DURKHEIM,%20E%CC%81mile.%20O%20Suici%CC%81dio.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

¹² Ibid.

¹³ Ibid.

¹⁴ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ DURKHEIM, op cit.

¹⁷ VIANA, 2008.

small number of studies related to the theme find a causal mechanism, and whether such a mechanism applies in this specific population^{21,22,23}. In addition, doctors and medical students are also susceptible to social isolation caused by long years of training, intense study, comprehensive academic loads, and work.

Given this social perspective of the phenomenon of suicide, studying empathy, as a major social skill described in the literature²⁴, and facilitation of the establishment of good social relations may provide meaningful insight about the levels of social interactions of individuals. Understanding empathy as an important point in this context allows one to consider the psychology necessary for understanding the dynamics as well as intervention possibilities.

Falcone considered empathy to be a major social skill, being even more useful than assertiveness in maintaining social relationships. Empathy can provide a number of important social effects, such as popularity with friends, satisfaction in romantic relationships, aid in the development of coping skills, reduction of emotional and psychosomatic problems with friends and family, and help within relationships²⁵. These aspects demonstrate that empathic people are able to develop the most pleasant relationships by reducing conflicts and disruptions. This characteristic promotes success in personal and professional relationships²⁶.

For decades in the twentieth century, medical practice was permeated by the technician profile, minimizing the importance of background values and human relations. From the 1980s onward, there has been a restoration of these humanistic and ethical values of medicine²⁷. This movement is referred to by some authors as

¹⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2000.

¹⁹ MELEIRO, 1998.

²⁰ MILLAN; ARRUDA, 2008.

²¹ KAMSKI, L; FRANK, E; WENZEL, V. . Suicide in medical students: case series. **Anaesthesist**. v. 61, n. 11, p. 984-988, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135770>>. Acesso em: 25 jun. 2014

²² STØEN, Grotmol, K. et al. Risk factors at medical school for later severe depression: a 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). **J Affect Disord**. v. 146, n. 1, p. 106-111, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017539>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

²³ REIMER, C; TRINKAUS, S. J. H. Suicidal tendencies of physicians - an overview. **Psychiatr Prax**. v. 32, n. 8, p. 381-385, 2005

²⁴ FALCONE, Eliane. Avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 1, n. 1, 1999.

²⁵ Ibid.

²⁶ Ibid.

²⁷ PARO, Helena Borges Martins da Silva. **Empatia em estudantes de medicina no Brasil: um estudo multicêntrico**. 2013. Tese(Doutorado)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

the Humanism Project, highlighting features such as integrity, respect, and compassion as being indispensable professionally^{28,29}. All these features can be clearly linked to empathic ability³⁰.

This study aims to verify the hypothesis that there is a negative correlation between suicidal ideation and empathy levels in medical students. Given that there is no body of research considering the relationship between suicidal ideation and social skills, especially empathy, this project considers these factors within a population of medical students.

1 METHOD

• Participants

This study included 197 college students, both male (47%) and female (53%), and all 18–37 years of age (mean = 22.44, SD = 2.69) and attending the medical school of a public institution of higher education in the city of Recife, Brazil. These students were distributed among the following semesters of the study: the fourth (44%), sixth (15%) and eighth semesters (41%). The sample was not biased as it considered the students of the medical school specifically, each of whom met the inclusion criteria and requirements.

The inclusion criteria for the study were agreement to participate; attendance of the fourth, sixth, or eighth semesters of study; and an understanding of the Portuguese language. All students that did not meet these criteria were excluded from this study, including those that did not want to share information about themselves.

²⁸ AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE. Subcommittee on Evolution of humanistic qualities in the internist. Evolution of humanistic qualities in the internist. **Ann Intern Med.** v. 99, n. 5, p. 720-724, 1983.

²⁹ ARNOLD, L. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. **Acad Med.** v. 77, v. 6, p. 502-515, 2002.

³⁰ PARO, 2013.

2 PROCEDURES

The survey was conducted during a class assigned by the teachers of the periods involved in the study. The purpose and justification of the research were explained to the students prior to data collection. The participants were informed about the acceptance of this research by the Ethics Committee of the Federal University of Pernambuco. First students signed an Informed Consent document that recorded their voluntary participation in the survey. Upon acceptance by the student, the instructions on the questionnaires were given.

The research is an inferential, transverse, and correlational study. Data collection was performed by applying three self-administered questionnaires.

3 INSTRUMENTS

The Multidimensional Scale of Interpersonal Reactivity (EMRI) was developed by Mark Davis in order to evaluate empathy within the multidimensional sphere, i.e., both in knowledge and actions. With this scale it is possible to evaluate both the overall score of empathy as well as individual dimensions separately. This review is carried out through questions about the subscales: perspective taking (TP), fantasy (FS), consideration empathic (CE), and personal distress (AP)^{31,32}. We used the full version of EMRI adapted to Brazil.

In order to assess suicidal ideation in students, the Scale for Suicidal Ideation Beck (BSI) was administered. This instrument consists of 21 items, given scores from 0 to 2 points Likert in order to investigate the presence of suicidal ideation, as well as the severity of such ideas, plans, and suicide itself.

Although this instrument has been developed a priori for use in psychiatric patients, studies have been conducted and proven the validity and reliability of results in non-clinical samples. Werlang et al.³³ performed a study in Brazil with this

³¹ DAVIS, Mark. H. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. **J Pers Soc Psychol.** v. 44, n. 1, p.113-126, 1983.

³² DAVIS, Mark. H. A multidimensional approach to individual differences in empathy. **JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology**, v. 10, p. 85, 1980. Disponível em: <http://www.eckerd.edu/academics/psychology/files/Davis_1980.pdf>. Acesso em 22 out. 2014.

³³ PRISCILA, de J.; BECKEL, Vivian, R.; BORGES B. G. W. **Estudo de Fidedignidade e Validade da Escala de Ideação Suicida de Beck (bsi) em Adolescentes**. [S.l.: s.n.], 2004.

inventory and considered BSI to be a useful tool for identifying and assessing suicidal ideation in a non-clinical setting³⁴.

4 STATISTICS

The statistical package SPSSWIN version 21 was used to determine the descriptive statistics (means and standard deviations) and perform an internal consistency analysis (Cronbach's alpha [α] for both constructs). The aim of these latter analyses was to assess their reliability. Calculations of the Pearson correlation coefficient and a regression analysis were also performed. In the latter, we adopted the Enter method.

Cronbach's alpha (α) is one of the most commonly used statistics to verify the reliability or internal validity of the instruments used to measure psychometric indicators; Cronbach's alpha must be between 0.70 and 1.00 to suggest reliability of an survey. Thus, the closer this number is to 1.00, the better higher the accuracy of a survey. This means that the items are homogeneous in their size, effecting the variance similarly, demonstrating a similar summary of the phenomenon being evaluated^{35,36,37}.

To analyze the sensitivity and specificity of empathy regarding suicidal ideation, analysis of the receiver operating characteristic (ROC) curve was employed.

5 RESULTS

The reliability of EMRI scales in the sample was checked; this was done by observing both the correlations between items and factors, as the psychological construct, and, from this, positive results were identified (i.e., the correlations corroborated the content representation of the items as well as the factors of empathy [EC, TP, AP and FS]). This condition being met indicates that the psychological construct in the study subjects is being appropriately recognized.

³⁴ PRISCILA; BECKEL; BORGES, 2004.

³⁵ TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. Needham, MA, USA: Allyn & Bacon, 1996.

³⁶ KLINE, P. **An easy guide to factor analysis**. New York, NY, USA: Routledge, 1994.

³⁷ PASQUALI, L. **Técnicas de exame psicológico – TEP**. Manual de fundamentos das técnicas psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Cronbach's alpha supported the reliability of the factors (Table 1). Both the total sample and the samples consisting of each semester of study exhibited reliable psychometric indicators.

Thus, the alpha coefficients revealed scores above that required by the literature, suggesting the reliability of at both scales; these results not only indicate that respondents recognize the issues presented to them for empathy, but that the scale used can be considered a reliable measure of the construct within the sample (Table 1). These results support the studies in Brazil that evaluated the same construct in different samples^{38,39,40}.

Table 1 - EMRI of Cronbach's alphas in different students semester of medicine studies

Factors	N _{total}	Semester		
		4P	6P	8P
EMRI	0.88	0.88	0.82	0.89
CE	0.81	0.70	0.82	0.81
TP	0.75	0.77	0.72	0.75
AgP	0.75	0.71	0.81	0.76
FS	0.82	0.72	0.68	0.79

Legend: Consideration Empathy (EC), Personal Distress (AP) Making Perspective (TP) and Fantasy (FS); Total N = overall sample (197 subjects). EMRI = Multidimensional Scale of Interpersonal Reactivity.

This study also verified the sensitivity and specificity of these assessments of empathy and their association with suicidal ideation, as measured by a diagnostic test. This was determined through a specific ROC curve analysis that aims to assess the specifics of the instrument and dimensions of answers of respondents^{41,42}. (Figure 1). The figure below shows the ROC curve; the curve is above the axis, showing that sympathetic stress was experienced by individual within the sample.

³⁸ FORMIGA, N. S. Um estudo intracultural da consistência estrutural da escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI). **Rev salud y Soc.** v. 3, n. 3, p. 251-262, 2012.

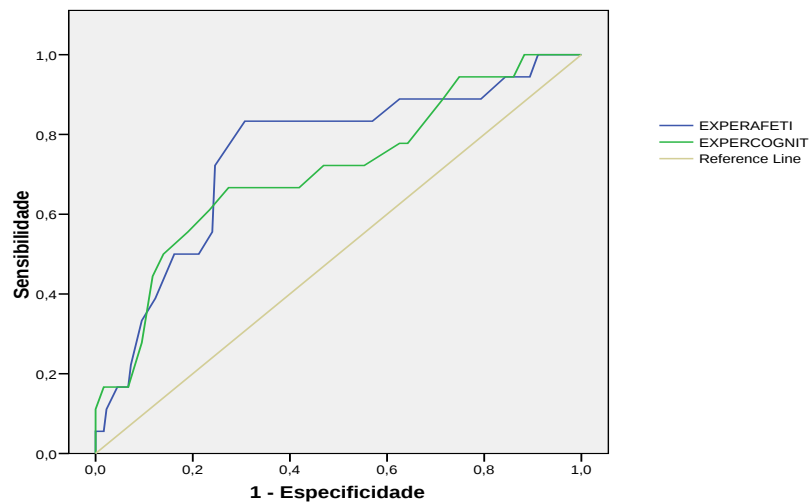
³⁹ TYSEN, R. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. **J Affect Disord.** v. 64, p. 69-79, abr. 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11292521>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

⁴⁰ HAWTON, K.; Simkin, S. Suicide in doctors A psychological autopsy study. **J Psychosom Res.** v. 57, p. 1-4, 2004.

⁴¹ OLIVEIRA, J. C. A. Comparação entre medidas de performance de modelos de credit scoring. **Tecnol Crédito.** v.33, p. 35-47, 2002. Disponível em: <http://www.serasaexperian.com.br/serasaexperian/publicacoes/revistas/2002/33/revista_0180.htm>. Acesso em: 15 jun. 2015.

⁴² MARGOTTO, Paulo R. **Curva ROC como fazer e interpretar no SPSS.** 2010. Disponível em: <http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Curva_ROC_SPSS.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

Figure 1 - ROC Curve in sensitivity and specificity of empathic experiences as a function of suicidal ideation



In this analysis, we determined an area of the ROC ranging from 0.71 to 0.75 (Table 2). This shows that the predicted probabilities are accurate and correspond well to the actual effect expected in the diagnosis of suicidal ideation based on empathic experience.

The coverage area of the graph depicted in Figure 1 and expressed as the statistical indicators for the ROC curve, indicate that the dimensions of the sympathetic experience are suitable to identifying the underlying phenomenon. The two spheres of empathy (affective and cognitive) were both sensitive; however, the affective sphere may more sensitively evaluate suicidal ideation.

Table 2 - Statistical indicators of the ROC area

	area	error	p <	CI	(95% bounds)
				Lower Limit	Upper Limit
Affective	0.75	0.06	0.01	0.63	0.87
Cognitive	0.71	0.07	0.01	0.57	0.84

Notes: Affective = dimension of affective experience of empathy;
Cognitive = dimension of cognitive empathy experience

Respondents of the 4P (fourth semester) group exhibited significant negative correlations between EMRI, AP, and Fs (respectively, $r = -0.25$, $r = -0.28$, $r = -0.24$; $p < 0.01$) and suicidal ideation. Subjects of the 6P (sixth semester) group exhibited no correlations, resulting from low sample size, as will be shown. Finally, the respondents of the 8P (eighth period) group again exhibited significant negative correlations, between EMRI and suicidal ideation (i.e., EMRI [$r = -0.28$], EC [$r = -0$,

23], and fs [$r = -0.31$]; $p < 0.01$; Table 2).

Further analysis evaluated the affective and cognitive experiences of empathy. These experiences were negatively correlated with suicidal ideation, in both the total sample and within the semesters of study (respectively, $r_{\text{Affective}} = -0.24, -0.27, -0.25$, and -0.22 , and $r_{\text{Cognitive}} = -0.23$ and -0.26 ; $p < 0.01$)

Table 3 - Pearson correlation coefficients between empathy and suicidal ideation among different students in medical school

Factors of Scales	Suicide Ideation	Periods	
		4P	8P
EMRI	Ntotal		
	-0.26*	-0.25*	-0.28*
CE	-0.17*	-0.14	-0.23*
TP	-0.01	-0.02	-0.01
AgP	-0.25*	-0.28*	-0.20
FS	-0.27*	-0.24*	-0.31*
Affective	-0.24*	-0.27*	-0.25*
Cognitive	-0.22*	-0.23*	-0.26*

Notes: Consideration Empathy (EC), Personal Distress (AP) Perspective Taking (TP) and Fantasy (FS); Total N = sample General (197 subjects). EMRI = Multidimensional Scale Interpersonal Reactivity; Affective = dimension of experience affective empathy; Cognitive = dimension of experience cognitive empathy. * $p < 0.01$

Finally, we estimated the Pearson correlation coefficients between suicidal ideation and sociodemographic and social variables (e.g., relationship, religion, loss of relatives, and clinical and psychiatric disorders). The following results were obtained: there was a negative correlation between having romantic relationships and suicidal ideation ($r = -0.23$, $p < 0.01$), on the other hand, there was a positive relationship between psychiatric disorders and positive variable ideation ($r = 0.25$, $p < 0.01$).

The results indicated that 9% of the survey sample had suicidal ideation to differing degrees.

7 DISCUSSION

The autobiographical data showed that only two variables were correlated with suicidal ideation: psychiatric disorders and involvement in romantic relationships.

The existence of psychiatric diagnosis was positively correlated with suicidal ideation. These data revealed that the diagnostic condition of a psychiatric disorder is

associated with increased suicidal ideation. However, romantic relationships were negatively correlated with such ideation. This indicates that being involved in a romantic relationship is associated with lower occurrences of suicidal thoughts. This second point shows more clearly the influence of empathy and highlights the importance of affective ties in the suicide process. However, both results are shown in many other studies on the topic, as described below.

Studies show that about 90% of suicides are associated with the existence of mental disorders, especially mood disorders, substance abuse, personality disorders, and schizophrenia⁴³. Doctors have been shown in numerous studies to exhibit a high prevalence of disorders such as depression, substance abuse, and anxiety disorders^{44,45}. Mental disorders may be present in up to 50% of the population^{46,47}.

Regarding relationship status, Lovisi³³ demonstrated in an epidemiological study in Brazil from 1980 to 2006 that the main sociodemographic characteristics of persons who committed suicide were of low educational level, (which can make it difficult to enter the labor market, decreasing employment levels while increase financial instability) and unmarried. Marriage may also represent another way to not be connected emotionally and consistently to society, as the institution usually creates social ties and provides moral consistency that links individuals to society. These data are confirm the arguments used by Durkheim, which highlights the importance of affective attachment and a sense of belonging in society as substantially increasing the desire to live^{48,49}.

Regarding the correlation between the data on suicidal ideation and empathy, there was a negative correlation, confirming the hypothesis of the study. In the analysis of general empathy, there was a negative correlation, as well as in the analysis of cognitive and affective dimensions of empathy, separately. In this

⁴³ ALEXANDRINO-SILVA, Clovis. et al. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs : a cross-sectional study *Ideação suicida entre estudantes da área da saúde : um estudo transversal. Rev Bras Psiquiatr.*, v. 31, n. 4, p. 338-344, dec.2009.

⁴⁴ GOEBERT, D. et al. Depressive symptoms in medical students and residents : A multischool study. *Acad Med*, v. 84, n. 2, p. 236-241, 2009.

⁴⁵ BALDASSIN, S.; ANDRADE, A. G. de. Anxiety traits among medical students. *Arq. méd. ABC*, v. 31, n. 1, p. 27-31, 2006.

⁴⁶ GOEBERT, op cit.

⁴⁷ REIMER, C.; TRINKAUS S. J. H. Suicidal tendencies of physicians - an overview. *Psychiatr Prax.* v. 32, n. 8, p. 381-385, 2005.

⁴⁸ DURKHEIM, 1986.

⁴⁹ LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 31 supl. 2, out. 2009.

evaluation of affective and cognitive aspects, it was identified that although the two correlate negatively with suicide ideation, affective scope exhibited a greater sensitivity to the identification of suicide ideation. However, in assessing the correlation of the four dimensions of empathy specifically (FS, CE, TP, and AGP), only Perspective Taking failed to exhibit a negative correlation with suicidal ideation.

Perspective Taking measures the cognitive ability of the individual to put yourself in the position of other people, recognizing and inferring what they think and feel (e.g., “I wonder how people feel when I criticize,” “I try to understand my friends,” wondering how they see things, etc.)^{50,51}.

It is unclear if developing this dimension of empathy may help or hinder the work of professionals in the medical field. One’s ability to put one’s self in the position of another and infer what they think or feel can contribute to excessive professional involvement with patients and with other people’s problems. It is common for doctors to incur excessive unveiling of conduct with patient, a situation that often results from their own anxiety and their personal desires⁵². This form of macular posture can test the limits required in the professional–patient relationship. In the absence of an adequate and clear definition of roles, the situation can become complicated and even chaotic⁵³.

Excess involvement can then trigger helplessness, anguish, and sadness; it is therefore counterproductive to the professional performance of the physician. It is sometimes difficult to distinguish an empathic position on the patient and emotional over-involvement. This confusion may indicate difficulty in doctors identifying their feelings and managing their emotions, beyond the need for greater self-knowledge by the physician.

This highlights the need for greater skills in the identification of thoughts, feelings, and emotions as well as management of more knowledge about social skills. Knowledge of the appropriate concepts and empathy levels can help the emotional conduct of doctors, suggesting the need for a psychoeducational movement within medical education. Like any process of psychoeducation, in

⁵⁰ DAVIS, 1983.

⁵¹ DAVIS, 1980.

⁵² MELLO FILHO; BURD, 2010.

⁵³ Ibid.

addition to learning dynamics, there is also a need for therapeutic processes to improve the emotional issues essential to the profession.

CONCLUSIONS

The literature shows the highest suicide rates in the medical population. Accordingly, this study aimed to understand the context of suicidal ideation within medical students. This research identified that both the occurrence of mental disorders and the social skill of empathy are correlated with suicidal ideation.

This may suggest an intervention scenario utilizing treatment to prevent suicide. Registered influence and social skills training can become a form of effective intervention, along with standard treatment of the underlying disorder, if any, in order to prevent suicidal ideation. This proposal also suggests changes in medical education, specifically valuing and highlighting social and emotional skills in order to increase the professional well-being of doctors.

Finally, this research was performed with students in training. Most previous studies considered doctors and residents, but, in this study, it was possible to identify the existence of suicidal ideation in the academic stage. This result suggests that interventions can be made in an initial training period and throughout the academic process.

Further research is needed to clarify the psychological processes involved in the phenomenon. Future studies should aim to identify the root causes and psychological stimuli that induce suicide ideation in medical professional while developing and testing new interventions.

IDEAÇÃO SUICIDA E EMPATIA: UM ESTUDO CORRELACIONAL EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

RESUMO

Objetivos: Avaliar se existe a correlação entre a ideação suicida e a habilidade social de empatia em estudantes de medicina da Universidade Federal de Pernambuco. Método: Trata-se de um estudo correlacional, inferencial e transversal. Foram

aplicados, em uma amostra de 197 estudantes do quarto, sexto e oitavo período, um questionário sociobiodemográfico, a Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis (EMRI) e a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI). Resultados: 9% da amostra apresentou ideação suicida. Foi identificada correlação negativa entre empatia com a ideação suicida. Esses resultados foram encontrados tanto na escala total de empatia, quanto nas esferas específicas cognitivas e afetivas da empatia. Verificou-se que a esfera afetiva da empatia é mais sensível à ideação suicida do que a esfera cognitiva. Conclusão: Em estudantes de medicina, quanto maior o escore de empatia, menor é a frequência de ideação suicida.

Palavras-chaves: ideação suicida, empatia, habilidades sociais e estudantes de medicina.

REFERENCES

1. VIANA, Greta Nazario et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, p. 2001-2005. **J Bras Psiquiatr.** v. 57, n. 1, p. 2001-2005, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 13 jun. 2014.
2. VIANA, Greta Nazario et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, p. 2001-2005. **J Bras Psiquiatr.** v. 57, n. 1, p. 2001-2005, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 13 jun. 2014.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide:** a resource for primary health care workers. 2000. Disponível: <http://www.who.int/mental_health/topic_Suicide1.html>. Acesso em: 21 jul. 2014.
4. MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Assoc Med Bras.** v.44, n. 2, p. 135-140, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 jul. 2014
5. MILLAN, Luiz Roberto, ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. A assistência psicológica ao estud ante de medicina : 21 anos de experiência estudante. **Rev Assoc Med Bras.** v. 54, n. 1: p. 90-94, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/27.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2014.
6. MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Assoc Med Bras.** v.44, n. 2, p. 135-140, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 jul. 2014.

7. MILLAN, Luiz Roberto, ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. A assistência psicológica ao estud ante de medicina : 21 anos de experiência estudante. **Rev Assoc Med Bras.** v. 54, n. 1: p. 90-94, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/27.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2014.
8. ¹ MELLO FILHO, Julio de; BURD, Miriam. **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 611 p. (Biblioteca Artmed. Psiquiatria).
9. MILLAN, Luiz Roberto, ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. A assistência psicológica ao estud ante de medicina : 21 anos de experiência estudante. **Rev Assoc Med Bras.** v. 54, n. 1: p. 90-94, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/27.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2014.
10. MILLAN, Luiz Roberto, ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. A assistência psicológica ao estud ante de medicina : 21 anos de experiência estudante. **Rev Assoc Med Bras.** v. 54, n. 1: p. 90-94, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/27.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2014.
11. DURKHEIM, Émile. **Suicídio**: estudo sociológico. 1986. Disponível em: <<http://copyfight.me/Acervo/livros/DURKHEIM,%20E%CC%81mile.%20O%20Sui%CC%81dio.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2014.
12. DURKHEIM, Émile. **Suicídio**: estudo sociológico. 1986. Disponível em: <<http://copyfight.me/Acervo/livros/DURKHEIM,%20E%CC%81mile.%20O%20Sui%CC%81dio.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2014.
13. DURKHEIM, Émile. **Suicídio**: estudo sociológico. 1986. Disponível em: <<http://copyfight.me/Acervo/livros/DURKHEIM,%20E%CC%81mile.%20O%20Sui%CC%81dio.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2014.
14. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2015.
15. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2015.
16. DURKHEIM, Émile. **Suicídio**: estudo sociológico. 1986. Disponível em: <<http://copyfight.me/Acervo/livros/DURKHEIM,%20E%CC%81mile.%20O%20Sui%CC%81dio.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

17. VIANA, Greta Nazario et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, p. 2001-2005. **J Bras Psiquiatr.** v. 57, n. 1, p. 2001-2005, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 13 jun. 2014.

18. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a resource for primary health care workers. 2000. Disponível: <http://www.who.int/mental_health/topic_Suicide1.html>. Acesso em: 21 jul. 2014.

19. MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Assoc Med Bras.** v.44, n. 2, p. 135-140, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 jul. 2014.

20. MILLAN, Luiz Roberto, ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. A assistência psicológica ao estud ante de medicina : 21 anos de experiência estudante. **Rev Assoc Med Bras.** v. 54, n. 1: p. 90-94, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/27.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

21. KAMSKI, L; FRANK, E; WENZEL, V. . Suicide in medical students: case series. **Anaesthesist.** v. 61, n. 11, p. 984-988, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135770>>. Acesso em: 25 jun. 2014

22. STØEN, Grotmol, K. et al. Risk factors at medical school for later severe depression: a 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). **J Affect Disord.** v. 146, n. 1, p. 106-111, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017539>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

- 23.¹ REIMER, C; TRINKAUS, S. J. H. Suicidal tendencies of physicians - an overview. **Psychiatr Prax.** v. 32, n. 8, p. 381-385, 2005

24. FALCONE, Eliane. Avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 1, n. 1, 1999.

25. FALCONE, Eliane. Avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 1, n. 1, 1999.

26. FALCONE, Eliane. Avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 1, n. 1, 1999.

27. PARO, Helena Borges Martins da Silva. **Empatia em estudantes de medicina no Brasil: um estudo multicêntrico**. 2013. Tese(Doutorado)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
28. AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE. Subcommittee on Evolucion of humanistic qualities in the internist. Evolucion of humanistic qualities in the internist. **Ann Intern Med**.v. 99, n. 5, p. 720-724, 1983.
29. ARNOLD, L. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. **Acad Med**. v. 77, v. 6, p. 502-515, 2002.
30. PARO, Helena Borges Martins da Silva. **Empatia em estudantes de medicina no Brasil: um estudo multicêntrico**. 2013. Tese(Doutorado)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
31. DAVIS, Mark. H. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. **J Pers Soc Psychol**. v. 44, n. 1, p.113-126, 1983.
32. DAVIS, Mark. H. A multidimensional approach to individual differences in empathy. **JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology**, v. 10, p. 85, 1980. Disponível em:
<http://www.eckerd.edu/academics/psychology/files/Davis_1980.pdf>. Acesso em 22 out. 2014.
33. PRISCILA, de J.; BECKEL, Vivian, R.; BORGES B. G. W. **Estudo de Fidedignidade e Validade da Escala de Ideação Suicida de Beck (bsi) em Adolescentes**. [S.l.: s.n.], 2004.
34. PRISCILA, de J.; BECKEL, Vivian, R.; BORGES B. G. W. **Estudo de Fidedignidade e Validade da Escala de Ideação Suicida de Beck (bsi) em Adolescentes**. [S.l.: s.n.], 2004.
35. TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. Needham, MA, USA: Allyn & Bacon, 1996.
36. KLINE, P. **An easy guide to factor analysis**. New York, NY, USA: Routledge, 1994.
37. PASQUALI, L. **Técnicas de exame psicológico – TEP**. Manual de fundamentos das técnicas psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
38. FORMIGA, N. S. Um estudo intracultural da consistência estrutural da escala

- multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI). **Rev salud y Soc.** v. 3, n. 3, p. 251-262, 2012.
39. TYSEN, R. Suicidal ideation among medical students and young physicians : a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. **J Affect Disord.** v. 64, p. 69-79, abr. 2001. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11292521>>. Acesso em: 21 jun. 2014.
40. HAWTON, K.; Simkin, S. Suicide in doctors A psychological autopsy study. **J Psychosom Res.** v. 57, p. 1-4, 2004.
41. OLIVEIRA, J. C. A. Comparação entre medidas de performance de modelos de credit scoring. **Tecnol Crédito.** v.33, p. 35-47, 2002. Disponível em:
<http://www.serasaexperian.com.br/serasaexperian/publicacoes/revistas/2002/33/revista_0180.htm>. Acesso em: 15 jun. 2015.
42. MARGOTTO, Paulo R. **Curva ROC como fazer e interpretar no SPSS.** 2010. Disponível em:
<http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Curva_ROC_SPSS.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.
43. ALEXANDRINO-SILVA, Clovis. et al. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs : a cross-sectional study *Ideação suicida entre estudantes da área da saúde : um estudo transversal.* **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 31, n. 4, p. 338-344, dec.2009.
44. GOEBERT, D. et al. Depressive symptoms in medical students and residents : A multischool study. **Acad Med**, v. 84, n. 2, p. 236-241, 2009.
45. BALDASSIN, S.; ANDRADE, A. G. de. Anxiety traits among medical students. **Arq. méd. ABC**, v. 31, n. 1, p. 27-31, 2006.
46. GOEBERT, D. et al. Depressive symptoms in medical students and residents : A multischool study. **Acad Med**, v. 84, n. 2, p. 236-241, 2009.
47. REIMER, C.; TRINKAUS S. J. H. Suicidal tendencies of physicians - an overview. **Psychiatr Prax.** v. 32, n. 8, p. 381-385, 2005.
48. DURKHEIM, Émile. **Suicídio: estudo sociológico.** 1986. Disponível em:
<<http://copyright.me/Acervo/livros/DURKHEIM,%20E%CC%81mile.%20O%20Sui%CC%81dio.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2014

49. LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31 supl. 2, out. 2009.
50. DAVIS, Mark. H. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. **J Pers Soc Psychol.** v. 44, n. 1, p.113-126, 1983.
51. DAVIS, Mark. H. A multidimensional approach to individual differences in empathy. **JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology**, v. 10, p. 85, 1980. Disponível em:
<http://www.eckerd.edu/academics/psychology/files/Davis_1980.pdf>. Acesso em 22 out. 2014.
52. MELLO FILHO, Julio de; BURD, Miriam. **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 611 p. (Biblioteca Artmed. Psiquiatria).
53. MELLO FILHO, Julio de; BURD, Miriam. **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 611 p. (Biblioteca Artmed. Psiquiatria).

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS
DO COMPORTAMENTO

(MODELO PARA MAIORES DE 18 ANOS)

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa **Análise da ideação suicida em estudantes de medicina: Associação com a habilidade social de empatia**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Nathália Della Santa Melo Dantas**, psicóloga (CRP-PE: 02/15.665), que estará a sua disposição pelo telefone: (81) 9973.1131 (inclusive para ligações a cobrar) ou pelo correio eletrônico: nath.dellasanta@gmail.com, e está sob a orientação do Prof. Dr. Amaury Cantilino. Telefones para contato: 92923518, e-mail cantilino@hotmail.com.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

1. Esta pesquisa pretende analisar a associação entre ideação suicida e a habilidades sociais de empatia em estudantes de medicina cursando o 4º e o 6º período.
2. Os participantes responderão individualmente os instrumentos que serão utilizados nesta pesquisa. Todo o material de coleta é composto por instrumentos (três questionários) do tipo autoadministráveis. A coleta de dados ocorrerá durante uma ou duas aulas da disciplina de Desenvolvimento Pessoal e Profissional II, que é ministrada pelo Prof. Dr. Amaury Cantilino, orientador deste trabalho.
3. Riscos: Os riscos estão ligados ao tempo despendido pelos alunos para responderem aos questionários da pesquisa. Além disso, também há o risco de constrangimento ao responder o questionário de Ideação Suicida de Beck, uma vez que trata-se de um tema de abordagem delicada.
4. Benefícios: em contrapartida à sua participação voluntária e colaboração com o estudo, será disponibilizado para todos que tiverem interesse um retorno sobre os instrumentos aplicados e a apresentação dos resultados encontrados na pesquisa.
5. As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.
6. Os dados coletados nesta pesquisa (questionários respondidos), ficarão armazenados em pastas de arquivo e no computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço A. Ministro Marcos Freire, n.3863, Casa Caiada – Olinda- PE, pelo período de no mínimo 5 anos.
7. O participante terá a garantia de poder perguntar em qualquer momento da pesquisa sobre qualquer dúvida e garantia de receber resposta ou esclarecimento a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e outras situações relacionadas à pesquisa;
8. Existe total liberdade para retirar o consentimento e não permitir a sua participação do estudo, em qualquer momento;

9.O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de despesas). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

10. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Análise da ideação suicida em estudantes de medicina: Associação com a habilidade social de empatia**, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante (ou responsável legal):

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do voluntário em participar.

(02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

NOME:	NOME:
ASSINATURA:	ASSINATURA:

ANEXO B – Escala Multidimensional de Reatividade Emocional (EMRE)

Escala Multidimensional de Reatividade Emocional (EMRE)

INSTRUÇÕES - A seguir algumas afirmações questionam seus sentimentos e pensamentos em uma variedade de situações. Por favor, escolha um dos números na escala abaixo que melhor indique quanto você concorda ou discorda com a afirmação escolhendo sua posição na escala abaixo. Vale ressaltar que não existem respostas certas ou erradas. Utilize a seguinte escala de resposta:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente

1. Habitualmente me envolvo emocionalmente com filmes e/ou livros. ____
2. Sou neutro quando vejo filmes. ____
3. Incomodo-me com as coisas ruins que acontecem aos outros. ____
4. Tento compreender o argumento dos outros. ____
5. Sinto compaixão quando alguém é tratado injustamente. ____
6. Quando vejo que se aproveitam de alguém, sinto necessidade de protegê-lo. ____
7. Imagino como as pessoas se sentem quando eu as critico. ____
8. Antes de tomar alguma decisão procuro avaliar todas as perspectivas ____
9. Tento compreender meus amigos imaginando como eles vêem as coisas. ____
10. Fico comovido com os problemas dos outros. ____
11. Preocupo-me com as pessoas que não têm uma boa qualidade de vida. ____
12. Descrevo-me como uma pessoa de “coração mole” (muito sensível). ____
13. Costumo fantasiar com coisas que poderiam me acontecer. ____
14. Perco o controle quando vejo alguém que esteja precisando de muita ajuda. ____
15. Depois de ver uma peça de teatro ou um filme sinto-me envolvido com seus personagens. ____
16. Costumo me emocionar com as coisas que vejo acontecer. ____
17. Fico apreensivo em situações emergenciais. ____
18. Quando vejo uma história interessante, imagino como me sentiria se ela estivesse acontecendo comigo. ____
19. Tendo a perder o controle durante emergências. ____
20. Coloco-me no lugar do outro se eu me preocupo com ele. ____
21. Escuto os argumentos dos outros, mesmo estando convicto de minha opinião ____
22. Fico tenso em situações de fortes emoções. ____
23. Sinto-me indefeso numa situação emotiva. ____
24. Sinto emoções de um personagem de filme como se fossem minhas próprias emoções. ____
25. Tenho facilidade de assumir a posição de um personagem de filme. ____
26. Habitualmente fico nervoso quando vejo pessoas feridas. ____

ANEXO C – Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)

Escala de Ideação Suicida (BSI) – Beck

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações abaixo. Faça um círculo na afirmação que em cada grupo **melhor** descreve como você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Tome cuidado de ler **todas as afirmações em cada grupo antes de fazer uma escolha**.

Parte 1

1. 0 Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte. 1 Tenho um desejo fraco de viver. 2 Não tenho desejo de viver	4. 0 Não tenho desejo de me matar. 1 Tenho um desejo fraco de me matar. 2 Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.
2. 0 Não tenho desejo de morrer. 1 Tenho um desejo fraco de morrer. 2 Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte.	5. 0 Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar. 1 Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso. 2 Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.
3. 0 Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer. 1 Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais. 2 Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.	Se você fez um círculo nas afirmações “zero” em ambos os grupos, 4 e 5, passe para o grupo 20. Se você marcou “um” ou “dois”, seja no grupo 4 ou 5, então abra a página e prossiga no grupo 6.

_____ Subtotal da Parte 1

_____ Subtotal da Parte 2

_____ Escore Total

20. 0 Nunca tentei suicídio. 1 Tentei suicídio uma vez 2 Tentei suicídio duas ou mais vezes
Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.
21. 0 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco. 1 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado. 2 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos Reservados 1991, a Aaron T. Beck.

Tradução para língua portuguesa. Direitos Reservados 1991 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo ® Livraria e Editora Ltda. BSI é um logotipo da Psychological Corporation.

Parte 2

6. 0 Tenho breves períodos com ideias de me matar que passam rapidamente. 1 Tenho períodos com ideias de me matar que duram algum tempo. 2 Tenho longos períodos com ideias de me matar.	13. 0 Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar. 1 O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo. 2 Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.
7. 0 Raramente ou ocasionalmente penso em me matar. 1 Tenho ideias frequentes de me matar. 2 Aceito a ideia de me matar.	14. 0 Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio. 1 Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio. 2 Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.
8. 0 Não aceito a ideia de me matar 1 Não aceito, nem rejeito, a ideia de me matar. 2 Aceito a ideia de me matar.	15. 0 Não espero fazer uma tentativa de suicídio. 1 Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio. 2 Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.
9. 0 Consigo me controlar quanto a cometer suicídio. 1 Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio. 2 Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.	16. 0 Eu não fiz preparativos para cometer suicídio. 1 Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio. 2 Meus preparativos para cometer suicídio já estão prontos ou completos.
10. 0 Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc. 1 Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc. 2 Eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.	17. 0 Não escrevi um bilhete suicida. 1 Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei. 2 Tenho um bilhete suicida pronto.
11. 0 Minhas razões para querer cometer suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-la prestar mais atenção em mim etc. 1 Minhas razões para querer cometer suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas. 2 Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.	18. 0 Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio. 1 Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio. 2 Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
12. 0 Não tenho plano específico sobre como me matar. 1 Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes. 2 Tenho um plano específico para me matar.	19. 0 Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar. 1 Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar. 2 Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.
PASSE PARA O GRUPO 20 	