

# Fatores associados ao risco de suicídio entre enfermeiros e médicos: estudo transversal

*Factors associated with suicide risk among nurses and physicians: a cross-section study*  
*Factores asociados al riesgo de suicidio entre enfermeros y médicos: un estudio transversal*

**Fernanda de Oliveira Freire<sup>I,II</sup>**

ORCID: 0000-0002-2729-7719

**Samira Reschetti Marcon<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-5191-3331

**Mariano Martínez Espinosa<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-0461-5673

**Hugo Gedeon Barros dos Santos<sup>II,III</sup>**

ORCID: 0000-0001-7713-1314

**Moisés Kogien<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-4591-6648

**Nathalie Vilma Pollo de Lima<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-5558-972X

**Jesiele Spindler Faria<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-0078-1743

<sup>I</sup> Prefeitura Municipal de São José dos Quatro Marcos,  
São José dos Quatro Marcos, Mato Grosso, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá,  
Mato Grosso, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade Federal de Mato Grosso, Hospital Universitário  
Júlio Müller, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil

## Como citar este artigo:

Freire FO, Marcon SR, Espinosa MM, Santos HGB, Kogien M, Lima NVP, et al. Factors associated with suicide risk among nurses and physicians: a cross-sectional study. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 1):e20200352. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0352>

## Autor Correspondente:

Fernanda de Oliveira Freire  
E-mail: [ferfreire3@hotmail.com](mailto:ferfreire3@hotmail.com)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

**Submissão:** 25-04-2020    **Aprovação:** 27-07-2020

## RESUMO

**Objetivo:** estimar a prevalência e os fatores associados ao risco de suicídio entre enfermeiros e médicos. **Método:** estudo transversal, desenvolvido em um hospital universitário com 216 profissionais da saúde, que responderam a um questionário sociodemográfico-laboral; ao Mini *International Neuropsychiatric Interview* (MINI), para avaliação do risco de suicídio; Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS 21). Utilizou-se para análise múltipla, o Modelo de Regressão de Poisson. **Resultados:** identificou-se que variáveis, como não ter companheiro, histórico de tentativa de suicídio, sintomas de estresse e depressão se associaram estatisticamente ao risco de suicídio. A prevalência das tentativas de suicídios ao longo da vida entre enfermeiros foi de 9,41% e médicos de 2,29%. **Conclusão:** Os achados desta investigação possibilitam a compreensão do comportamento suicida entre os enfermeiros e médicos da área hospitalar, além de viabilizar a elaboração de estratégias de prevenção com intuito de diminuir a prevalência do risco de suicídio nesse grupo populacional. **Descritores:** Profissionais da Saúde; Enfermeiros; Médicos; Suicídio; Fatores Associados.

## ABSTRACT

**Objective:** to estimate the prevalence and factors associated with suicide risk among nurses and physicians. **Method:** a cross-sectional study carried out at a university hospital with 216 health professionals, who answered a socio-demographic-labor questionnaire, the Mini *International Neuropsychiatric Interview* (MINI) for assessing suicide risk, and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS 21). The Poisson Regression Model was used for multiple analysis. **Results:** it was identified that variables such as not having a partner, history of attempted suicide, stress and depression symptoms were statistically associated with suicide risk. The prevalence of lifelong suicide attempts among nurses was 9.41%, and among physicians, 2.29%. **Conclusion:** the findings of this investigation enable the understanding of suicidal behavior among hospital nurses and physicians, in addition to enabling the development of prevention strategies in order to reduce suicide risk prevalence in this population group. **Descriptors:** Health Professionals, Nurses, Physicians, Suicide, Associated Factors.

## RESUMEN

**Objetivo:** estimar la prevalencia y los factores asociados al riesgo de suicidio entre enfermeros y médicos. **Método:** estudio transversal, desarrollado en un hospital universitario con 216 profesionales de la salud, quienes respondieron un cuestionario sociodemográfico-laboral; el Mini *International Neuropsychiatric Interview* (MINI), para evaluar el riesgo de suicidio; Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21). El modelo de regresión de Poisson se utilizó para el análisis múltiple. **Resultados:** se identificó que variables como no tener pareja, antecedentes de intento de suicidio, síntomas de estrés y depresión se asociaron estadísticamente con el riesgo de suicidio. La prevalencia de intentos de suicidio de por vida entre enfermeras y médicos fue del 9,41% y del 2,29%. **Conclusión:** los hallazgos de esta investigación permiten comprender la conducta suicida entre enfermeros y médicos del área hospitalaria, además de posibilitar el desarrollo de estrategias de prevención con el fin de reducir la prevalencia de riesgo suicida en este grupo poblacional. **Descritores:** Profesionales de la Salud; Enfermeros; Médicos; Suicidio; Factores Asociados.

## INTRODUÇÃO

O suicídio não é um fenômeno contemporâneo, existe na sociedade há muito tempo<sup>(1)</sup> e, atualmente, constitui-se um sério problema de saúde pública, causando prejuízos individuais, sociais e econômicos<sup>(2)</sup>. Considerado um comportamento multidimensional, resulta de uma interação complexa entre fatores biopsicossociais, genéticos, culturais e ambientais<sup>(3-4)</sup>.

Mundialmente, o suicídio é responsável por cerca de quase 800 mil óbitos por ano. Esses números não abrangem as tentativas de suicídio, que tendem a ocorrer de 10 a 20 vezes mais que o ato consumado<sup>(1)</sup>. De maneira geral, o coeficiente global do suicídio é de 10,6 para cada 100 mil habitantes, compreendendo 1,4% de todos os óbitos do mundo<sup>(1)</sup>. No Brasil, o coeficiente de mortalidade por suicídio é de 6,1 por 100 mil habitantes<sup>(5)</sup>, índice considerado baixo por ser um país grande e populoso, todavia permanece entre os dez países com maiores números absolutos de suicídios<sup>(1)</sup>.

Frente à magnitude do fenômeno reafirmada nas estatísticas mundiais, no Brasil a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS), foi instituída pela Lei nº 13.819/2019, visando intervir mais efetivamente no seu controle por meio da notificação compulsória e sigilosa pelos estabelecimentos de saúde, segurança, escolas e conselhos tutelares dos casos de tentativa de suicídio e automutilação<sup>(6)</sup>.

Embora a atual legislação compreenda a população em geral, alguns grupos em circunstâncias específicas estão mais expostos ao risco de suicídio, como os indígenas, idosos e jovens na faixa etária de 15 a 29 anos<sup>(1,3)</sup>. No que tange às diversas categorias de trabalho, os profissionais da área da saúde, quando comparados à população em geral, apresentam índices de suicídio mais elevados<sup>(7-9)</sup>. Estudo americano desenvolvido entre 2005 e 2016 identificou taxas de suicídio entre enfermeiros e médicos de 18,51 e 40,72 por 100 mil habitantes, respectivamente<sup>(10)</sup>. Outro estudo realizado em 18 hospitais peruanos detectou proporção de 19,6% de risco de suicídio entre médicos<sup>(11)</sup>. A vista desses achados, enfatiza-se que os enfermeiros e médicos têm sido considerados profissionais da saúde pertencentes a grupos de risco para o suicídio<sup>(10,12)</sup>.

Além dos fatores associados ao suicídio amplamente descritos na população geral, alguns podem ser decorrentes da função exercida e do ambiente laboral dos profissionais da saúde<sup>(9,13)</sup>. O trabalho no ambiente hospitalar envolve diversas situações que exigem condutas rápidas e proficientes, como lidar com o manejo da dualidade vida e morte, com a dor física, emocional e o sofrimento vivenciado conjuntamente com o paciente e seus familiares. Tal conjuntura pode tornar o ambiente estressante<sup>(14)</sup>, predispondo-os a adoecimentos mentais, como estresse, ansiedade, depressão, uso indevido de substâncias psicoativas, entre outros, com o agravante da dificuldade que os profissionais têm em buscar ajuda especializada<sup>(9-10,15)</sup>. O fácil acesso a vários mecanismos utilizados para o ato suicida e o conhecimento de como manuseá-los também são fatores que aumentam os riscos aos quais podem estar expostos<sup>(9,15-16)</sup>.

No Brasil, uma revisão de literatura visando analisar o suicídio entre médicos e estudantes de medicina apontou que as principais causas do evento nesta população foram a maior incidência de

transtornos psiquiátricos, como depressão e uso excessivo de substâncias, além de sofrimento psíquico referente a experiências inerentes à profissão, como carga horária extensa, privação do sono, problemas com pacientes, ambientes insalubres, dificuldades financeiras e sobrecarga de informações<sup>(17)</sup>.

No Canadá, outra revisão investigando o risco de suicídio entre enfermeiros e fatores relacionados reafirma a associação entre as configurações de trabalho e altos índices de estresse, angústia e problemas psiquiátricos. O estudo aponta para a necessidade de explorar de forma mais consistente na literatura os contextos laborais, sem perder de vista os fatores pessoais, especialmente associando-os ao risco de suicídio<sup>(16)</sup>.

Estudos de avaliação de risco e fatores associados têm sido realizados em diferentes grupos populacionais, como pacientes neurológicos e psiquiátricos<sup>(18)</sup>, pacientes ambulatoriais em geral<sup>(19)</sup>, presidiários<sup>(20)</sup>, adolescentes<sup>(21)</sup>, estudantes universitários<sup>(22)</sup> e pacientes com doenças crônicas<sup>(23)</sup>. O risco de suicídio entre profissionais da saúde tem sido pouco explorado<sup>(10,14,16,24)</sup>, e, entre os existentes, quatro estudos internacionais foram desenvolvidos no Peru, México e Espanha<sup>(11,25-27)</sup>, e os mesmos demonstraram um aumento do risco de suicídio nessa população. No Brasil, até o presente momento, não há estudos que avaliem especificamente os fatores de risco de suicídio entre profissionais médicos e enfermeiros, mas sim a investigação de variáveis como a qualidade de vida, presença de sintomas depressivos, ansiedade, estresse ocupacional, Síndrome de *Burnout*, ideação suicida com alguns fatores associados<sup>(14)</sup>. Desta forma, denota-se a complexidade e fragilidade na discussão do tema justamente entre categorias que supostamente deveriam trabalhar na sua prevenção.

## OBJETIVO

Estimar a prevalência e fatores associados ao risco de suicídio entre enfermeiros e médicos de um hospital universitário.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Júlio Müller em junho de 2018, observando todas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, mantendo-se todos os procedimentos necessários para assegurar a livre participação, confidencialidade, anonimato, segurança e privacidade dos sujeitos. Os profissionais consentiram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram orientados, previamente, pelos assistentes de pesquisa sobre os objetivos da pesquisa e que poderiam desistir de participar a qualquer momento. Os riscos e prejuízos causados foram mínimos. Entretanto, como as questões eram relacionadas ao comportamento suicida, os profissionais responderam individualmente e com privacidade, os assistentes de pesquisa aguardaram no corredor da clínica ou era combinado outro horário para recolher os instrumentos, com intuito de minimizar possíveis desconfortos. Com a finalidade de não identificar os participantes e garantir o anonimato, os

dados obtidos no estudo foram encaminhados à diretoria do hospital para a formulação de intervenções direcionadas aos profissionais de saúde.

### Desenho, local do estudo e período

Realizou-se estudo associativo de delineamento transversal com profissionais enfermeiros e médicos de um hospital universitário localizado na capital Cuiabá, no estado de Mato Grosso, Brasil, no período compreendido entre julho e setembro de 2018. Trata-se de uma instituição federal, pública e destinada exclusivamente para atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 12 de novembro de 2013 firmou parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), contando com outros colaboradores com vínculos empregatícios variados, como regido pela Consolidação da Leis Trabalhistas (CLT), Regimento Jurídico Único (RJU) e os profissionais cedidos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Ministério da Saúde (MS). Na época do estudo, havia 116 leitos pactuados para assistência de várias especialidades médico-cirúrgicas, incluindo terapia intensiva adulta/neonatal, obstetrícia e pediatria sendo a instituição de saúde de referência para 14 municípios da região. Foram utilizadas as diretrizes *STROBE* (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*)<sup>(28)</sup> para garantir a qualidade da divulgação deste estudo.

### População/amostra e critérios de elegibilidade

Tratou-se de um estudo censitário, no qual a população elegível foi de 232 profissionais enfermeiros e médicos sendo 88 enfermeiros e 144 médicos. Foram incluídos todos os profissionais enfermeiros e médicos que exerciam atividade laboral na instituição na época da coleta de dados, independentemente do tipo de vínculo empregatício e com idade acima de 18 anos. Foram excluídos aqueles que se encontravam em férias, licença médica ou afastamento. Destes 232, dois se recusaram a participar do estudo, cinco não foram encontrados no setor de atuação ou estavam ocupados, oito devolveram questionários incompletos (*missing data*) e foram excluídos e um integrou o teste piloto. Assim, a amostra final contou com 216 profissionais (85 enfermeiros e 131 médicos), representando 93,10% da população.

### Protocolo do estudo

Os dados foram coletados por assistentes de pesquisa constituída por uma mestrandia em enfermagem e três acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem, inseridas no Programa de Iniciação Científica (PIBIC) de uma Universidade Pública, sendo previamente treinadas com intuito de padronizar a coleta. Um bloco contendo três instrumentos autoaplicáveis foi disponibilizado aos respondentes em seu ambiente de trabalho, após convite e esclarecimento sobre a pesquisa, e, posteriormente, foram recolhidos em uma urna lacrada. Foram realizados os testes de confiabilidade das escalas especificamente para a população deste estudo, mediante o coeficiente alfa de Cronbach e o Kuder-Richardson (KR-20). Desse modo, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário para avaliação de quesitos sociodemográficos, laborais e histórico de comportamentos suicidas do profissional (tentativa de suicídio anterior e método utilizado), de familiares e amigos (tentativa de suicídio e suicídio), elaborado, exclusivamente, para este estudo;

- Versão adaptada para forma autoaplicada do módulo C da versão 5.0 da *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (KR-20 = .574), utilizado para estratificação do risco de suicídio. Essa versão do instrumento foi traduzida para o português brasileiro<sup>(29)</sup>, tendo sua validade e aplicabilidade avaliada posteriormente, apresentando bons indicadores psicométricos<sup>(30)</sup>. No presente estudo, vale destacar que esse instrumento foi adaptado para forma autoaplicável para que os participantes tivessem mais privacidade em responder sobre o comportamento suicida, já que a temática é permeada por estigma e preconceito.

O risco de suicídio foi obtido se considerando as questões que avaliam comportamentos suicidas nos últimos 30 dias e, também, ao longo da vida. O instrumento permite pontuação total máxima de 33 pontos, com respostas dicotômicas (sim e não), sendo que cada resposta "sim" recebe uma pontuação específica de acordo com a gravidade do comportamento suicida apresentado. O risco de suicídio pode ser estratificado em risco baixo (1-5 pontos), moderado (6-9 pontos) e alto ( $\geq 10$  pontos). Para efeitos de análise, neste estudo, o valor zero foi considerado sem risco para o suicídio (ausência), e os valores de 1 a 33 pontos foram classificados como com risco de suicídio;

- Versão abreviada da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) ( $\alpha=.935$ ), utilizada para a avaliação de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse. Esse instrumento foi adaptado para uso no contexto brasileiro<sup>(31)</sup> e validado para uso em população adulta<sup>(32)</sup>, apresentando adequada confiabilidade e validade para a amostra. É formado por três subescalas, sendo elas depressão ( $\alpha=.865$ ), ansiedade ( $\alpha=.853$ ) e estresse ( $\alpha=.893$ ). As respostas são do tipo Likert de quatro pontos, que avalia com qual frequência e intensidade o respondente percebe sinais e sintomas dos desfechos de adoecimento mental mencionados acima. A DASS-21 fornece três notas que variam de "0" a "21", obtidas a partir da soma de cada uma das setes questões que compõem cada domínio do instrumento, sendo que o escore de cada subescala foi, posteriormente, multiplicado por dois, conforme recomendações dos autores originais, gerando um escore final variando de 0 a 42 pontos<sup>(33)</sup>. A partir dessa pontuação final, os sujeitos foram classificados quanto à presença de sintomas sendo categorizados em normal, suave, moderado, grave ou extremamente grave<sup>(31)</sup>. Para efeitos de análise, os grupos suave, moderada, grave e extremamente grave foram recodificados em uma única categoria denominada "presença de sintomas", e o grupo normal foi recodificado para representar a "ausência de sintomas" depressivos, ansiosos ou de estresse.

### Análise estatística dos dados

Para a construção do banco de dados utilizou-se o software *Office Excel* para *Windows*®, versão 2013. Os dados obtidos foram codificados e duplamente digitados em planilhas distintas do referido programa e, posteriormente, comparados em busca de inconsistências pelo programa *Epi Info*, versão 3.5.4. Para a

realização dos cálculos estatísticos, foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.

Cada instrumento foi analisado utilizando elementos de estatística descritiva recomendados pelos seus respectivos autores e, posteriormente, os resultados obtidos foram avaliados de maneira associativa, verificando-se quais elementos sociodemográficos-laborais e de saúde mental se associaram de maneira significativa com o risco de suicídio (variável dependente). Na análise bivariada, aplicou-se o Teste Qui-Quadrado de Pearson e o Exato de Fisher (quando pertinente), adotando-se nível de significância menor ou igual a 0,05 ( $p \leq 0,05$ ) e intervalo de confiança de 95%. Para identificação de potenciais fatores associados, utilizou-se um modelo de regressão múltipla de Poisson, com variância Robusta para obter as razões de prevalências ajustadas<sup>(34)</sup>.

Nesse modelo, foram incluídas as variáveis independentes que, na análise bivariada, apresentaram valor de  $p$  menor ou igual a 0,20 ( $p \leq 0,20$ ), assim como as interações entre as variáveis independentes, isto é, a interação simultânea de duas variáveis independentes, afetando a variável dependente. No modelo final, permaneceram as variáveis que atingiram valor de  $p$  menor ou igual a 0,05 ( $p \leq 0,05$ ).

## RESULTADOS

Em relação aos principais quesitos sociodemográficos e laborais, a população estudada foi caracterizada pelo predomínio do sexo feminino (68,06%), faixa etária de 39 a 59 anos (57,87%), católicos (59,26%), orientação sexual heterossexual (95,83%), estado civil com companheiro (73,61%) e renda familiar superior a 20 salários mínimos (classe A) (50,93%). Desses, 60,65% eram médicos, 99,07% possuíam curso de pós-graduação, 91,20% atuavam em setores assistenciais e 69,44% tinham tempo de serviço na instituição hospitalar inferior ou igual a cinco anos. Em relação à carga horária semanal, 54,17% relataram trabalhar 24 horas ou menos; 78,70% trabalhavam apenas em turno diurno, 59,26% possuíam dois ou mais vínculos empregatícios.

**Tabela 1** - Prevalência do risco de suicídio atual (últimos 30 dias) entre os profissionais da saúde do Hospital Universitário (N=216), Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2018

Variável	n	%	*IC95%
Risco de suicídio atual			
Com risco	34	15,74	(11,15; 21,29)
Sem risco	182	84,26	(78,70; 88,85)
Total	216	100	-

Nota: \*IC 95%: intervalo de confiança.

**Tabela 2** - Associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas e laborais dos profissionais da saúde do Hospital Universitário e o risco de suicídio (N=216) Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2018

Variável	Risco de Suicídio				*RP <sub>b</sub>	†IC 95%	Valor de p
	n	Sim (%)	n	Não (%)			
Idade							
≤39 anos	23	(18,40)	102	(81,60)	1,52	(0,78; 2,96)	0,208
≥40 a 59 anos	11	(12,08)	80	(87,91)	1,00	-	-
Sexo							
Masculino	11	(15,94)	58	(84,05)	1,02	(0,53; 1,97)	0,956
Feminino	23	(15,64)	124	(84,35)	1,00	-	-

Continua

Quanto ao comportamento suicida dos profissionais da saúde, 5,09% referiram ter tentado suicídio ao longo da vida, a ocorrência de tentativas de suicídio ao longo da vida entre os enfermeiros foi de 9,41% e, entre os médicos, de 2,29%. A prevalência de histórico de casos de tentativa de suicídio e suicídio entre familiares foi de 23,61% e 15,28%, respectivamente. Referente às tentativas de suicídio de amigos, observou-se um percentual de 43,52% e para o suicídio de 35,65%.

Em relação aos sintomas depressivos, de ansiedade e estresse entre enfermeiros (85), observaram-se prevalências de 27,05%, 29,45% e 28,23%, respectivamente. Entre os médicos (131), evidenciaram-se prevalências de 11,45%, 14,50% e 16,03% para sintomas depressivos, ansiosos e de estresse. Quando analisados conjuntamente, os profissionais apresentaram 17,59% para sintomas depressivos, 20,37% para sintomas ansiosos e 20,83% para estresse.

A Tabela 1 aponta que, dos 216 participantes, 15,74% apresentaram risco de suicídio nos últimos 30 dias.

Na Tabela 2, apresentam-se as associações das variáveis, sociodemográficas, econômicas e laborais dos profissionais da saúde com o risco de suicídio. Evidencia-se que o risco de suicídio obteve diferença estatisticamente significativa com orientação sexual ( $p=0,006$ ), sendo a maior proporção entre homossexuais (55,55%) quando comparados com heterossexuais (14,01%), e estado civil sem companheiro ( $p=0,003$ ), com a maior proporção nessa categoria (28,07%). A presença de risco de suicídio entre os enfermeiros foi de 21,18% e entre os médicos de 12,21%, no entanto nesta variável, assim como nas demais não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Embora não tenha sido demonstrado na Tabela 2, 12,94% dos enfermeiros apresentaram baixo risco de suicídio e 8,24% alto risco. Entre os médicos foi evidenciado 5,34% dos profissionais com baixo risco, 3,85%, com moderado e 3,05%, com alto risco.

Observa-se, na Tabela 3, uma diferença estatisticamente significativa entre o risco de suicídio e profissionais da saúde com histórico de tentativas de suicídio anteriores ( $p < 0,001$ ).

Verifica-se na Tabela 4 a associação significativa entre o risco de suicídio e sintomas autorrelatados de depressão, de ansiedade e de estresse, todos com valores altamente significativos ( $p < 0,001$ ).

No modelo de regressão múltipla, foram testadas as seguintes variáveis: orientação sexual ( $p=0,006$ ); estado civil ( $p=0,004$ ); categoria profissional ( $p=0,077$ ); carga horária semanal ( $p=0,098$ ); turno de trabalho ( $p=0,086$ ); tentativa de suicídio anterior; sintomas de depressão, ansiedade e estresse, com valores de ( $p < 0,001$ ). Permaneceram no modelo final as variáveis estado civil (sem companheiro) ( $p=0,043$ ), tentativa de suicídio anterior ( $p < 0,001$ ), sintomas de estresse ( $p=0,027$ ), depressão ( $p=0,001$ ) e ansiedade ( $p=0,082$ ) (Tabela 5).

Continuação da Tabela 2

Variável	Risco de Suicídio				*RP <sub>b</sub>	†IC 95%	Valor de p
	n	Sim (%)	n	Não (%)			
Orientação sexual							
Homossexual	5	(55,55)	4	(44,44)	3,97	(2,02; 7, 79)	0,006***EF
Heterossexual	29	(14,01)	178	(85,99)	1,00	-	-
Estado civil							
Sem companheiro (a)	16	(28,07)	41	(71,93)	2,48	(1,36; 4,53)	0,003
Com companheiro (a)	18	(11,32)	141	(88,68)	1,00	-	-
****Renda familiar em salário mínimo							
A	12	(10,91)	98	(89,09)	0,60	(0,24; 1,48)	0,367
B	16	(21,92)	57	(78,08)	1,21	(0,52; 2,80)	0,661
C	6	(18,18)	27	(81,82)	1,00	-	-
Categoria profissional							
Enfermeiro	18	(21,18)	67	(78,82)	1,73	(0,94; 3,21)	0,077
Médico	16	(12,21)	115	(87,79)	1,00	-	-
Setor de atuação assistencial							
Sim	30	(15,23)	167	(84,77)	0,72	(0,29; 1,84)	0,511
Não	4	(21,05)	15	(78,95)	1,00	-	-
Tempo de serviço no HU							
≤ 5 anos	23	(15,33)	127	(84,67)	0,92	(0,48; 1,78)	0,804
> 5 anos	11	(16,67)	55	(83,33)	1,00	-	-
Carga horária semanal							
≤ 24 horas semanais	20	(20,20)	79	(79,80)	1,69	(0,90; 3,17)	0,098
> 24 horas semanais	14	(11,97)	103	(88,03)	1,00	-	-
Turno de trabalho							
Noturno	11	(23,91)	35	(76,09)	1,77	(0,93; 3,35)	0,086
Diurno	23	(13,53)	147	(86,47)	1,00	-	-
Quantidade de vínculos							
Único	17	(13,28)	111	(86,72)	0,69	(0,37; 1,27)	0,231
Duplo ou mais	17	(19,32)	71	(80,68)	1,00	-	-

Nota: \*RP<sub>b</sub> - razão de prevalência bruta, \*\*IC95% - intervalo com 95% de confiança \*\*\*EF - Teste Exato de Fisher. \*\*\*\*IBGE, 2010 - Classificação A (acima 20 salários mínimos), B (10 a 20 salários mínimos) e C (4 a 10 salários mínimos); HU - Hospital Universitário.

**Tabela 3** - Associação entre comportamento suicida dos profissionais da saúde do Hospital Universitário, de seus familiares e amigos e o risco de suicídio (N=216), Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2018

Variável	Risco de Suicídio				*RP <sub>b</sub>	**IC 95%	Valor de p
	N	Sim (%)	n	Não (%)			
Tentativa de suicídio anterior							
Sim	11	(100,00)	0	(0,00)	8,91	(6,06; 13,10)	<0,001***RV
Não	23	(11,22)	182	(88,78)	1,00	-	-
História familiar tentativa de Suicídio							
Sim	10	(19,61)	41	(80,39)	1,35	(0,69; 2,63)	0,386
Não	24	(14,55)	141	(85,45)	1,00	-	-
História familiar de suicídio							
Sim	6	(18,18)	27	(81,82)	1,19	(0,53; 2,64)	0,676
Não	28	(15,30)	155	(84,70)	1,00	-	-
História de amigos de tentativa de suicídio							
Sim	18	(19,15)	76	(80,85)	1,46	(0,79; 2,71)	0,227
Não	16	(13,11)	106	(86,89)	1,00	-	-
História de amigos de suicídio							
Sim	14	(18,18)	63	(81,82)	1,26	(0,68; 2,36)	0,463
Não	20	(14,39)	119	(85,61)	1,00	-	-

Nota: \*RP<sub>b</sub> - razão de prevalência bruta, \*\*IC 95% - intervalo com 95% de confiança \*\*\*RV - razão de verossimilhança.

**Tabela 4** - Prevalência e associação de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse entre os profissionais da saúde do Hospital Universitário (N=216), Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2018

Variável	Risco de Suicídio				**RP <sub>b</sub>	IC 95%	Valor de p
	n	Sim %	n	Não %			
Sintomas de depressão							
Sim	16	(53,33)	14	(46,67)	5,51	(3,17; 9,57)	<0,001*EF
Não	18	(9,68)	168	(90,32)	1,00	-	-

Continua

Continuação da Tabela 4

Variável	Risco de Suicídio						**RP <sub>b</sub>	IC 95%	Valor de p
	n	Sim	%	n	Não	%			
Sintomas de ansiedade									
Sim	11	(37,93)		18	(62,07)	3,08	(1,69; 5,63)	0,001*EF	
Não	23	(12,30)		164	(87,70)	1,00	-	-	
Sintomas de estresse									
Sim	15	(55,56)		12	(44,44)	5,53	(3,21; 9,52)	<0,001*EF	
Não	19	(10,05)		170	(89,95)	1,00	-	-	

Nota: \*EF - Significativo ao nível de 5% pelo Teste Exato de Fisher, significativo ao nível de 5% pelo Teste Qui-Quadrado, \*\*RP<sub>b</sub> - razão de prevalência bruta, \*\*\*IC 95% - intervalo de 95% de confiança.

**Tabela 5** – Fatores associados ao risco de suicídio. Análise de regressão múltipla (N=216), Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2018

Variável	*RP <sub>a</sub>	**IC 95%	Valor de p
Estado civil (sem parceiro)	1,77	(1,02; 3,09)	0,043
Tentativa de suicídio anterior	5,20	(2,49; 10,88)	<0,001
Estresse	2,71	(1,12; 6,55)	0,027
Depressão	3,82	(1,70; 8,55)	0,001
Ansiedade***	0,38	(0,13; 1,13)	0,082

Nota: \*RP<sub>a</sub> - razão de prevalência ajustada, \*\*IC95% - intervalo de 95% de confiança, \*\*\*a variável ansiedade, embora não estatisticamente significativa, permaneceu no modelo como variável de ajuste. Valores de p em negrito foram estatisticamente significativos.

## DISCUSSÃO

Este estudo intencionou preencher uma lacuna na literatura científica sobre os fatores associados ao risco de suicídio entre enfermeiros e médicos da área hospitalar. É importante ressaltar que, no contexto brasileiro, não foram identificadas, até o presente momento, investigações com esse objeto e população de estudo. Além disso, internacionalmente, a maioria das pesquisas realizadas com profissionais médicos e enfermeiros foi desenvolvida em países do hemisfério norte e/ou altamente industrializados, cujos resultados podem não se retratar da mesma maneira entre trabalhadores de países em desenvolvimento que apresentam conjunturas de trabalho com dinâmicas diferentes e são afetados de maneira distinta pelos efeitos da globalização e industrialização, como é o caso do Brasil<sup>(35)</sup>.

O risco de suicídio obtido na presente pesquisa foi de 15,74% assemelhando-se ao evidenciado em um estudo multicêntrico desenvolvido com médicos de 18 hospitais do Peru, que apontou prevalência de 19,6%<sup>(11)</sup>, porém bem superior às proporções obtidas em outros três estudos realizados com enfermeiros, estudantes universitários de enfermagem e médicos residentes, na Espanha e no México (6,20%, 6,40% e 7,41%)<sup>(25-27)</sup>. As diferenças entre as prevalências obtidas podem se relacionar aos diferentes delineamentos metodológicos, instrumentos utilizados, bem como às características específicas de determinadas regiões e grupos populacionais.

No que concerne aos fatores associados, o modelo final de análise demonstrou que não ter um companheiro foi um fator estatisticamente significativo para o risco de suicídio na amostra estudada. Outros estudos<sup>(3,36-37)</sup> corroboram essa informação, ao apresentarem a ausência de um companheiro como um preditor importante para o risco da morte autoprovocada. Provavelmente, isso ocorre porque indivíduos que não residem com um companheiro, independentemente da situação conjugal, parecem estar mais propensos à solidão, predispondo à depressão, ansiedade e, conseqüentemente, ao risco de suicídio<sup>(38-39)</sup>. Assim, ter uma relação conjugal parece minimizar tal risco na medida em que

os vínculos interpessoais afetivos auxiliam o enfrentamento de eventos estressantes da vida de um indivíduo sem que o mesmo recorra ao suicídio<sup>(3,37)</sup>. Uma possível explicação para essa condição de falta de um companheiro nesse grupo específico pode ser a intensa rotina profissional em que é muito corriqueiro o trabalhador possuir vários vínculos trabalhistas secundarizando o âmbito amoroso ou fragilizando os relacionamentos que talvez possuam, tendo como reflexo uma provável vivência solitária<sup>(40-41)</sup>.

Neste trabalho, ainda que tenha sido evidenciada a associação entre o risco de suicídio e tentativas anteriores, ilustrar os resultados de outros inquéritos para a comparação com esses profissionais da saúde não foi possível em decorrência do hiato científico sobre a avaliação entre essas variáveis nessa população específica. Além do histórico de tentativas de suicídio, o adoecimento mental é também outro fator importante associado ao risco de suicídio.

O histórico de tentativas de suicídio tem sido apontado, por pesquisadores e especialistas, como um dos mais importantes preditores para o suicídio completo<sup>(42)</sup>. Evidências indicam que as tentativas de suicídio tendem a ser recorrentes, e um indivíduo que tenha tentado o suicídio previamente tem de cinco a seis vezes mais chances de tentar novamente em uma próxima oportunidade, quando comparado a quem nunca teve uma tentativa<sup>(43)</sup>. Em relação ao risco de suicídio, estudos desenvolvidos com pacientes neuropsiquiátricos demonstraram associação com significância estatística entre tentativas anteriores e o risco de suicídio (ambos com p<0,001)<sup>(44-45)</sup>. A circunstância fica mais complexa entre médicos e enfermeiros, pois são categorias laborais que dispõem de acesso fácil a mecanismos que podem oportunizar constantes tentativas de suicídio, como manejo de medicações e substâncias tóxicas e objetos perfurocortantes, além de um conhecimento adequado da anatomia humana favorecendo a ocorrência de autolesões em sítios anatômicos letais<sup>(3,10)</sup>.

Em relação aos sofrimentos mentais, pessoas que convivem com sintomas depressivos apresentam tristeza, apatia ou anedonia, sentimento de culpa ou baixa autoestima, padrão alterado do sono e/ou apetite, sensação de cansaço e falta de concentração, condições que

causam danos substanciais à capacidade do indivíduo de exercer atividades laborais e enfrentar com êxito situações cotidianas<sup>(1,3)</sup>, essa variável também apresentou significância no modelo final.

Pesquisas demonstram que as prevalências para os sintomas depressivos entre enfermeiros e médicos são mais elevadas quando comparadas à população em geral<sup>(15,25,46)</sup>. Fatores como ambiência de trabalho adoecida, solidão, conflitos familiares e interpessoais entre trabalhadores, estresse ocupacional, falta de autonomia profissional, relações hierarquizadas entre profissionais e gestores, insegurança em desenvolver atividades, plantões noturnos, renda familiar e sobrecarga de trabalho podem influenciar significativamente a ocorrência de sintomas depressivos entre profissionais de saúde, sobretudo, entre enfermeiros<sup>(14)</sup>.

Outro aspecto se refere às dificuldades em admitir ou reconhecer problemas mentais. Elas podem ter relação com a forma que tais conteúdos têm sido dispostos na academia, sem que sejam valorizadas as discussões sobre relações interpessoais e o autoconhecimento. Além disso, há o preconceito, a vergonha e o medo de se mostrar vulnerável a tais situações, optando por auto diagnóstico e tratamento, dificultando ou postergando, desta forma, a busca de ajuda de um especialista<sup>(47)</sup>.

Esse cenário é preocupante, uma vez que a existência de sintomas depressivos pode aumentar em até seis vezes o risco para o suicídio<sup>(19)</sup>, sendo que, dentre os transtornos mentais, os quadros depressivos graves são os mais prevalentes entre os indivíduos que morreram por suicídio<sup>(1,3,36)</sup>. Os achados do presente estudo demonstraram que o risco de suicídio foi mais prevalente entre indivíduos com autorrelato de sintomas depressivos, alinhando-se ao panorama descrito na literatura<sup>(1,3,14,19,36)</sup>.

Outro elemento presente e com significativa associação com risco de suicídio foi o estresse. Este constitui uma condição com potencial à cronificação e recorrência que, quando excessivo e relacionado ao ambiente de trabalho, gera uma experiência deletéria, desagradável e negativa, que pode afetar a saúde física, mental e a qualidade de vida do trabalhador.

Enfermeiros e médicos que atuam em ambiente hospitalar vivenciam diversas situações desgastantes no seu cotidiano laboral, decorrentes da contínua exposição a estressores laborais como dimensionamento escasso de material favorecendo sobrecarga nas atividades, falta de investimento em capacitação/ educação continuada, sentimento de menos valia profissional, o constante contato com a morte, entre outros<sup>(8,48)</sup>. Esses contribuem para o surgimento de doenças ou de sofrimento psíquico, a exemplo os transtornos depressivos e o risco para comportamentos suicidas<sup>(49)</sup>. Mesmo diante da importância dessa variável, poucos estudos têm investigado as relações existentes entre risco de suicídio com o estresse de modo geral e, especificamente, o estresse laboral, sobretudo entre profissionais de enfermagem<sup>(10)</sup>, o que justifica a realização de novos estudos investigando tais variáveis. A cobrança para com essas duas categorias profissionais também merece atenção, já que, ao médico, é atribuído, em muitas ocasiões, a responsabilidade pela vida dos pacientes hospitalizados e aos enfermeiros, o compromisso com os cuidados na recuperação de saúde. Qualquer adversidade que ocorra no processo saúde-doença comumente se culpabiliza quase de imediato esses profissionais, o que pode avigorar o estresse de suas rotinas laborais<sup>(50)</sup>.

## Limitações do estudo

Algumas limitações precisam ser destacadas no presente estudo, como a impossibilidade de se estabelecer relações de causalidade devido ao desenho metodológico utilizado e a possibilidade de subestimação dos dados por omissão de informações verdadeiras, considerando que o tema suicídio é tratado como um tabu e não abordado abertamente nas instituições e serviços de saúde, por, ainda hoje, ser estigmatizado nesses espaços e na sociedade em geral. Visando minimizar essa limitação, optou-se por trabalhar com instrumentos autoaplicáveis que foram depositados em urnas, garantindo o anonimato dos participantes.

Enfatiza-se, ainda, a dificuldade de comparação dos achados com estudos que tenham avaliado o risco de suicídio nessa população específica. Quanto ao fato da escassez do assunto na literatura, embora seja uma limitação, também pode ser considerada uma potencialidade na medida em que gera informações fundamentais para preencher essa lacuna científica e possibilitar intervenções direcionadas a essa população no espaço hospitalar. Ressalta-se, ainda, a necessidade de desenvolvimento de novos estudos sobre a temática, principalmente estudos longitudinais que permitam estabelecer uma relação causal e também estudos qualitativos, visando uma análise em profundidade sobre os aspectos de vida e saúde mental de profissionais da saúde.

## Contribuições para a área

O risco de suicídio entre profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros e médicos, é um fenômeno real e atual que tem ganhado cada vez mais destaque na literatura científica, na mídia e nos ambientes de trabalho, sobretudo pelo seu caráter cada vez mais frequente e pelas sérias e graves implicações e impactos que traz para o trabalhador, sua família e comunidade. Acredita-se que os achados desta investigação possibilitarão melhor compreensão do comportamento suicida entre os profissionais da saúde da área hospitalar no contexto brasileiro, além de viabilizar a elaboração de estratégias de prevenção com o intuito de diminuir a prevalência do risco de suicídio nesse grupo populacional. Além disso, por se tratar de um problema complexo, multideterminado, imbricado nas relações de trabalho e que, comumente, perpassa o terreno do "não dito" nas instituições por, ainda, ser considerado um tabu, espera-se que este estudo contribua de alguma forma para o fomento da discussão aberta e diálogo sobre o comportamento suicida dos trabalhadores.

## CONCLUSÃO

Os resultados indicaram que ausência de companheiro, histórico de tentativas de suicídio e variáveis relacionadas ao deterioramento da condição psíquicas foram fatores associados ao aumento da prevalência do risco de suicídio entre enfermeiros e médicos atuando no contexto hospitalar. Aponta-se a necessidade de novas pesquisas, com metodologias mais robustas, que contribuam para o aumento da produção científica sobre risco de suicídio entre profissionais de enfermagem e médicos e auxiliem na construção de evidências científicas sólidas a respeito da identificação de fatores risco e preditores nessa população, sobretudo no cenário nacional.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2019 May 24]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>
2. Ferreira Jr A. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. *Rev Bras Psico* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 05];2(1):15-28. Available from: <http://www.mundiblu.com/consultoria/wp-content/uploads/2016/09/O-comportamento-suicida-no-Brasil-e-no-mundo.pdf>
3. Botega NJ. Crise Suicida. Porto Alegre: Artmed; 2015.
4. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227-39. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2
5. Ministério da Saúde (BR). Datasus. Óbitos por causas externas - Brasil. Grande grupo CID10: X60-X84. Óbitos por residência segundo sexo, período: 2018 [Internet]. 2018 [cited 2019 May 24]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>
6. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 15]. Available from: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>
7. Cheung T, Lee PH, Yip PSF. Suicidality among Hong Kong nurses: prevalence and correlates. *J Adv Nurs*. 2016;72(4):836-848. doi: 10.1111/jan.12869
8. Davidson JE, Proudfoot J, Lee KE, Terterian G, Zisook S. A longitudinal analysis of nurse suicide in the United States (2005-2016) with recommendations for action. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2020;17(1):6-15. doi: 10.1111/wvn.12419
9. Milner AJ, Maheen H, Bismark MM, Spittal MJ. Suicide by health professionals: a retrospective mortality study in Australia, 2001-2012. *Med J Aust*. 2016;205(6):260-5. doi: 10.5694/mja15.01044
10. Davidson JE, Stuck AR, Zisook S, Proudfoot J. Testing a strategy to identify incidence of nurse suicide in the United States. *J Nurs Adm*. 2018;48(5):259-65. doi: 10.1097/NNA.0000000000000610
11. Carrasco-Farfan CA, Alvarez-Cutipa D, Vilchez-Cornejo J, Lizana-Medrano M, Durand-Anahua PA, Rengifo-Sanchez JÁ, et al. Alcohol consumption and suicide risk in medical internship: a Peruvian multicentric study. *Drug and alcohol review*. 2019;38(2):201-208. doi:10.1111/dar.12897
12. Gerada C. Doctors, suicide and mental illness. *BJPsych Bull*. 2018;42(4):165-168. doi: 10.1192/bjb.2018.11
13. Brooks E, Gendel MH, Early SR, Gundersen DC. When doctors struggle: current stressors and evaluation recommendations for physicians contemplating suicide. *Arch Suicide Res*. 2018;22(4):519-28. doi: 10.1080/13811118.2017.1372827
14. Silva DSD, Tavares NVS, Alexandre ARG, Freitas DA, Brêda MZ, Albuquerque MCS, et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(6):1023-31. doi: 10.1590/S0080-62342015000600020
15. Bailey E, Robinson J, McGorry P. Depression and suicide among medical practitioners in Australia. *Intern Med J*. 2018;48(3):254-8. doi: 10.1111/imj.13717
16. Alderson M, Parent-Rocheleau X, Mishara B. Critical review on suicide among nurses. *Crisis*. 2015;36(2):91-101. doi: 10.1027/0227-5910/a000305
17. Santa NS, Cantilino A. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: revisão de literatura. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(4):772-780. doi: 10.1590/1981-52712015v40n4e00262015
18. Castro SCC, Baroni GV, Martins WA, Palmini ALF, Bisol LW. Suicide risk, temperament traits, and sleep quality in patients with refractory epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2018;80:254-8. doi: 10.1016/j.yebeh.2018.01.022
19. Vasconcelos JRO, Lôbo APS, Melo-Neto VL. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(4):259-65. doi: 10.1590/0047-2085000000087
20. Ayhan G, Arnal R, Basurko C, About V, Pastre A, Pinganaud E, et al. Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):156. doi: 10.1186/s12888-017-1320-4
21. Sandoval-Ato R, Vilela-Estrada MA, Mejía CR, Alvarado JC. Suicide risk associated with bullying and depression in high school. *Rev Chil Pediatr*. 2018;89(2):208-15. doi: 10.4067/s0370-41062018000100209
22. Pereira-Morales AJ, Adan A, Camargo A, Forero DA. Substance use and suicide risk in a sample of young Colombian adults: an exploration of psychosocial factors. *Am J Addict*. 2017;26(4):388-94. doi: 10.1111/ajad.12552
23. Zendron M, Zequi SC, Guimarães GC, Lourenço MTC. Assessment of suicidal behavior and factors associated with a diagnosis of prostate cancer. *Clinics*. 2018;73:e441. doi: 10.6061/clinics/2018/e441
24. Dutheil F, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, Baker JS, et al. Suicide among physicians and health-care workers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(12):e0226361. doi: 10.1371/journal.pone.0226361
25. Tomás-Sábado J, Maynegre-Santaulària M, Pérez-Bartolomé M, Alsina-Rodríguez M, Quinta-Barbero R, Granell-Navas S. Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enfermería Clínica*. 2010;20(3):173-8. doi: 10.1016/j.enfcli.2010.03.004

26. Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 22];53(1):20-8. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im151d.pdf>
27. Montes-Hidalgo J, Tomás-Sábado J. Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería. *Enferm Clín*. 2016;26(3):188-93. doi: 10.1016/j.enfcli.2016.03.002
28. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007;335(7624):806-8 doi: 10.1136/bmj.39335.541782.AD
29. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-15. doi: 10.1590/S1516-4446200000300003
30. Marques JMA, Zuairi AW. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(4):303-10. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.02.001
31. Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord*. 2014;155:104-9. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.031
32. Martins BG, Silva WR, Maroco J, Campos JADB. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *J Bras Psiquiatr*. 2019;68(1):32-41. doi: 10.1590/0047-208500000222
33. Pais-Ribeiro JL, Honrado A, Leal I. Contribution to the Adaptation study of the Portuguese Adaptation of the Lovibond and Lovibond Depression Anxiety Stress Scales (EADS) with 21 items. *Psicol Saúde Doenças* [Internet]. 2004 [cited 2019 May 6];5(2):229-239. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a07.pdf>
34. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PM. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(6):992-8. doi: 10.1590/S0034-89102008000600003
35. Milner A, Witt K, LaMontagne AD, Niedhammer I. Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. *Occup Environ Med*. 2018;75(4):245-53. doi: 10.1136/oemed-2017-104531
36. Carvalho A, Peixoto B, Saraiva CB, Sampaio D, Amaro F, Santos JC, et al. Plano nacional de prevenção do suicídio 2013/2017. Lisboa [Internet]. 2013 [cited 2019 Nov 22]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>
37. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 22]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/97892?sequence=1>
38. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):97. doi: 10.1186/s12888-017-1262-x
39. Barroso SM, Baptista MN, Zanon C. Solidão como variável preditora na depressão em adultos. *Estud Interdiscip Psicol*. 2018;9(3):26-37. doi: 10.5433/2236-6407.2018v9n3suplp26
40. Karakash S, Solone MMS, Solone M, Shanafelt PM, Chavez J. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Clin Obstet Gynecol*. 2019;62(3):455-65. doi: 10.1590/S0034-89102008000600003
41. Daily JA. Divorce among physicians and medical trainees. *J Am College Cardiol*. 2019;73(4):521-4. doi: 10.1016/j.jacc.2018.12.016
42. World Health Organization. Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return. Washington [Internet]. 2016 [cited 2019 May 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
43. Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP. Suicídio: informando para prevenir. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio [Internet]. Brasília. 2014 [cited 2019 Dec 15]. Available from: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14>
44. Montañó SH, Zableh AV, León BC, Ospino CG. Riesgo suicida y desesperanza en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Pensando Psicol*. 2014;10(17):43-51. doi: 10.16925/pe.v10i17.783
45. Rogers ML, Ringer FB, Joiner TE. The association between suicidal ideation and lifetime suicide attempts is strongest at low levels of depression. *Psychiatry Res*. 2018;270:324-8. doi: 10.1016/j.psychres.2018.09.061
46. Cano-Langreo M, Cicirello-Salas S, López-López A, Aguilar-Vela M. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Med Segur Trab*. 2014;60(234):198-218. doi: 10.4321/S0465-546X2014000100015
47. Neponuceno HJ, Souza BDM, Neves NMBC. Transtornos mentais comuns em estudantes de medicina. *Rev Bioét*. 2019;27(3):465-70. doi: 10.1590/1983-80422019273330
48. Oliveira RJ, Cunha T. Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências. *Cad Saúde Desenvolv* [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 18];3(2):78-93. Available from: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/download/302/238>
49. Chagas D. Riscos psicossociais no trabalho: causas e consequências. *Int J Develop Educ Psychol*. 2015;2(1):439-46. doi: 10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.24
50. Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional [Internet]. *Mundo Saúde* [Internet]. 2010 [cited 2020 Jun 16];34(4):420-9. Available from: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/79/420.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf)