

Suicídio entre médicos e estudantes de medicina

A.M.A.S. MELEIRO

Instituto de Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

UNITERMOS: Suicídio. Médicos. Estudantes de medicina.

KEY WORDS: Suicide. Physicians. Medical students.

"Nenhuma forma de tratamento é efetiva com um paciente morto."

O mundo está se tornando mais saudável, e a saúde da população se deve ao trabalho dos médicos e ao avanço tecnológico, embora aqueles continuem a trabalhar contra os próprios interesses.

Simon e Lumry¹ apontam algumas razões para a elevada taxa de suicídios entre os médicos: 1) médicos tendem a negar o estresse de natureza pessoal; 2) médicos tendem a negar o desconforto psicológico; 3) inclinações suicidas são acobertadas (tratamento mais difícil); 4) médicos elaboram, mais frequentemente, esquemas defensivos (fecham-se para qualquer intervenção terapêutica eficaz); 5) negligência da família e dos colegas (ele é médico, sabe se cuidar); os médicos têm o meio do suicídio ao alcance das mãos (métodos mais eficazes para o êxito).

Em 1903, o editorial do *Journal American Association*² expôs que os médicos com uma predisposição mórbida, e sem princípios elevados ou inibições morais, optavam pelo suicídio como uma maneira direta e efetiva de eliminar seus problemas. Merecem atenção, aqui, as tendências materialistas que acreditamos existir entre os médicos, pois a morte lhes é familiar, em todas as suas formas, além de terem o meio do suicídio ao alcance das mãos.

A MORTE NA FORMAÇÃO MÉDICA

O desejo universal de imortalidade faz-nos idealizar um ser onipotente capaz de retardar, deter ou mesmo anular a ameaça de morte. A este ser idealizado Simon³ chamou de "ser tanatolítico", e ao conjunto de ações mágicas que lhe são atribuídas, de "complexo tanatolítico". Entre as motivações para a escolha da profissão da carreira médica, segundo ele, o "complexo tana-

tolítico" influi fortemente. O perigo a que se expõe o estudante de medicina e, principalmente, o médico no exercício profissional é o de fazer uma identificação total entre seu eu e o "ser tanatolítico", assumindo compromissos onipotentes. Os sentimentos de culpa por fracasso de onipotência (limites de realidade) favorecem o surgimento de quadros depressivos e suicídios, que são evidenciados por dados epidemiológicos, da literatura, de incidência e prevalência, nesse grupo profissional, como mais elevado que a população geral¹⁻⁴.

O médico por ser, na maioria das vezes, ativo, ambicioso, competitivo, compulsivo, entusiasta e individualista, é facilmente frustrado em suas necessidades de realização e reconhecimento⁵. Isto pode ser suficiente para produzir ansiedade, depressão e necessidade de cuidados psiquiátricos. Mas se houver preconceitos com a Psiquiatria, o médico buscará outras opções, como a somatização, abuso de álcool e drogas e o suicídio⁶.

Para Wekstein⁷, os elevados índices de suicídio encontrados nos estudantes de medicina e nos médicos estão relacionados com a perda da onipotência, onisciência e virilidade idealizadas por muitos aspirantes à carreira médica durante o curso e a vida profissional, e a crescente ansiedade pelo temor em falhar.

Feifel *et al.*⁸ estudaram 81 médicos e concluíram que o medo da morte era um importante fator psicológico na escolha da carreira médica. Geralmente, porque muitos médicos percebem a morte, principalmente pela visão materialista, como o fim do processo de vida e porque eles têm menos orientação religiosa que seus pacientes. Para Simon e Lumry¹, esses aspectos não justificariam o fato de os médicos utilizarem suas profissões para segurança pessoal, sobretudo para doenças e seus próprios controles sobre a morte.

A morte passa a ser familiar para o médico, em todas as suas formas, que, diante da facilidade do meio ao seu alcance, além da falta de princípios elevados e inibições morais, passa a adotar o suicídio como uma maneira direta e efetiva de eliminar seus problemas.

FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO MÉDICA

O risco de suicídio é quase sempre reconhecível e previsível. Esforços precisam ser feitos para melhorar o diagnóstico, terapêuticas e prevenção daqueles médicos que fazem gestos ou tentativas de suicídio, e, muitas vezes, com sucesso. Sabemos que tentativas e atos suicidas são gritos de ajuda (“cry for help” — Stengel⁹), desejos de comunicação que precisam ser respondidos direta e imediatamente. A falta de controle pode, muitas vezes, conduzi-lo para comportamentos impulsivos ou imaturos e, possivelmente, para o suicídio.

Como na população geral, encontram-se fatores importantes com relação a idade, sexo, profissão, estado físico e fatores psicossociais (ver quadro 1).

Numa revisão da literatura disponível sobre suicídio entre médicos, verificamos que em toda parte do mundo a taxa de suicídio na população médica é superior à da população geral¹⁰.

Entre os médicos que cometeram suicídio, colegas próximos têm referido mudança no comportamento e aumento de indecisão, desorganização e depressão por dois ou quatro meses precedendo o suicídio, como na população geral¹¹.

Sakinifsky¹², em Londres, aponta como fatores relevantes o conhecimento farmacológico que o médico possui, tornando qualquer tentativa de suicídio altamente letal, e o uso abusivo de drogas e álcool nessa população, confirmado pelo elevado índice de cirrose entre médicos ingleses e do País de Gales.

Ross⁴ apresenta dados importantes: suicídio entre médicas é mais freqüente que entre médicos; a taxa de suicídio entre as médicas é quatro vezes maior que nas mulheres da população geral com mais de 25 anos, nos Estados Unidos; a incidência de morbidade psiquiátrica, alcoolismo e uso de drogas é alta nos médicos suicidas; a disponibilidade e a oportunidade de acessos a meios de suicídio (drogas, venenos, etc.) são maiores na população médica.

Não foi encontrada uma relação entre a prática preferencial ou especialidade e suicídio em mulheres médicas por constituírem um grupo com várias especialidades e muito pequeno, um total de 49 mulheres que se suicidaram no período estudado de 1967 a 1972¹³.

Atribui-se a alta incidência de suicídio nas mulheres pela personalidade que as levam a escolher a carreira médica por serem competitivas, ambiciosas, compulsivas, individualistas e inteligentes. Elas podem escolher a carreira médica para competir com homens ou para não competir com as mulheres⁴. Outro indicativo de

Quadro 1 — Fatores de alto risco de suicídio*

1. Tentativa anterior de suicídio, com intenção de morrer
2. Ansiedade, depressão, alcoolismo, quadro psicótico e estado de exaustão
3. Tentativa premeditada e ativamente preparada
4. Disponibilidade dos meios para o suicídio (métodos violentos e letais)
5. Preocupação com o efeito do suicídio sobre os membros da família
6. Ideação suicida verbalizada aos presentes
7. Preparação de um testamento ou cenas de despedida
8. Crise vital próxima, como luto, cirurgia iminente ou dissolução de um relacionamento amoroso
9. História familiar de suicídio
10. Mudanças de condições de saúde ou estado físico
11. Início ou cessação de medicação psicotrópica
12. Intoxicação por álcool ou droga
13. Melhora súbita do humor depressivo
14. Sentimento de desesperança
15. Família suicidogênica (facilita o ato)
16. Precaução para evitar intervenção, como isolamento ou minimização do risco de descoberta
17. Nenhuma ação para pedir socorro após evento
18. Pessoa com remorso por sobreviver da tentativa
19. Idade, sexo e estado civil

*Extraído de Meleiro & Wang³⁸.

Quadro 2 — Princípios de manejo do paciente suicida no Serviço de Urgência*

Considerar os seguintes pontos durante a avaliação

1. Sistema de saúde em que o paciente é admitido
2. Exame diagnóstico acurado do paciente
3. Detalhar história, incluindo dados de antecedentes pessoais até o desenvolvimento da atual psicopatologia
4. Presença ou ausência de abuso de substâncias psicoativas como álcool, tóxicos, medicamentos, etc.
5. Considerar os fatores de risco presentes
6. Seleção apropriada de terapia somática e farmacológica
7. Seleção apropriada de psicoterapia
8. Aliança terapêutica com a família
9. Internação hospitalar, se necessário

*Extraído de Meleiro & Wang³⁸.

suicídio entre médicas e químicas está no fato de que elas têm, sempre, não só a oportunidade de acesso a drogas e venenos letais, mas, também, o conhecimento científico, se comparadas às enfermeiras e professoras⁴. O mesmo se verifica com o grupo masculino, neste último aspecto, isto é, o acesso fácil e o conhecimento dos meios letais.

Rose¹⁴, num levantamento de atestado de óbito na Califórnia, entre 1959 e 1961, encontrou três profissões com alto índice de suicídio: farmacêutico, dentista e médico. E que médicos teriam índices maiores que advogados e arquitetos.

Diversos estudos têm sugerido que determinadas especialidades médicas podem aumentar a taxa de suicídio: anestesistas¹⁵, psiquiatras¹⁶, oftalmologistas¹⁷ e patologistas¹⁸ são referidos como os mais vulneráveis.

A alta taxa de psiquiatras entre os médicos que se suicidaram é constante e regular ano após ano, no período de cinco anos estudado¹³. Alguns argumentos têm sido levantados para explicar esse fenômeno. Os estudos não evidenciam que a vida de psiquiatra seja mais estressante que outros especialistas e generalistas. De fato, há muitas razões para supor que psiquiatras tenham vida mais regular e menos estressante que outros médicos. Encontrou-se que um em cada três psiquiatras que se suicidaram tinha evidências de distúrbios afetivos, o que favoreceria o aumento da taxa de suicídio nessa população¹³.

Segundo Agarie *et al.*¹⁹, “a explicação para os altos índices de suicídio entre psiquiatras estaria relacionada à atuação desse especialista, que, após ter longo e árduo treinamento médico para doenças físicas durante o curso, têm quase exigido um recomeço em um campo em que as expectativas, demandas e imposições sociais são muito maiores”.

Para Wekstein⁷, o fato de o psiquiatra não dispor de recursos facilitadores do diagnóstico, tais como o raio-X, eletrocardiograma, exames laboratoriais e outros — além dos aspectos sociais dos pacientes com os quais tem que lidar, da transferência no ato psicoterapêutico e, algumas vezes, da oposição da família e do próprio paciente, sem crítica do seu estado mórbido —, proporcionaria uma “existência corrosiva” que acabaria vendo o suicídio como uma saída dessa corrosão.

Para Freedman²⁰, a ênfase sobre a psicanálise pessoal como uma necessidade para o progresso na carreira do jovem psiquiatra contém perigos que não têm sido adequadamente reconhecidos. Ele sugeriu que a insistência sobre *insight* completo sobre sua própria personalidade não pode ser suportado por todos que poderiam experimentar isso.

Estudo sobre suicídio entre psicólogos, em 1973, reporta baixa taxa nessa população. Mais recentemente, a American Psychological Association²¹ preocupou-se com esse assunto.

A taxa entre anestesistas também é significativamente alta, comparada à de outras especialidades. Richings *et al.*¹⁰ atribuíram essa elevada taxa

Tabela — Métodos de suicídios usados por médicos e pela população geral da Califórnia —1973*

Métodos	Médicos %	População geral %
Drogas	55	21
Venenos	14	6
Gás	4	12
Enforcamento	6	13
Afogamento	0	2
Queimadura	12	37
Cortes	8	2
Saltos	0	4
Outros	2	3
Nº suicídios	51	7.471
Total %	100	100

*Dados obtidos por Rose e Rosow¹⁴, de todos os atestados de óbitos arquivados no Estado da Califórnia, durante o período de 1/1/59 a 31/12/61.

à facilidade de acesso a drogas letais nessa especialidade. Entretanto, Day²² questiona se a má prática não seria um fator de risco para esse grupo. Fernando²³ mostra um caso de suicídio por infusão de tiopental e aponta que na literatura só existem quatro relatos, embora considere provável ser mais comum suicídio com esse anestésico do que apresenta a literatura.

A publicação do AMA-Council on Scientific Affairs²⁴ apresentou algumas hipóteses em relação aos médicos que cometem suicídio: 1) manifestam especial vulnerabilidade ou experiências de eventos circunstanciais diferentes (recente perda profissional ou pessoal, problemas financeiros ou de licença) que os outros médicos; 2) tendem a trabalhar mais horas que os outros colegas; 3) tendem a abusar de álcool e outras drogas; 4) são mais insatisfeitos com suas carreiras que outros colegas médicos; 5) dão sinais de aviso a outros; 6) desordem mental e emocional são mais freqüentes; 7) dificuldades na infância e problemas familiares são comuns; 8) têm hábito de automedicação mais que outros colegas.

LETALIDADE E DISPONIBILIDADE DO MÉTODO

O uso de um método para suicídio está intimamente relacionado com sua disponibilidade, aceitação cultural e a letalidade²⁵.

A ingestão excessiva de drogas é uma forma de suicídio muito aceita culturalmente, sendo os medicamentos, principalmente os psicofármacos, utilizados na maioria dos suicídios de médicos, conforme a tabela acima.

Assim, a letalidade dos métodos e a disponibilidade destes são fatores determinantes do resultado (êxito ou não) e da frequência dos auto-envenenamentos, respectivamente. A população geral, em sua maioria, desconhece o grau de letalidade das drogas (medicamentosas ou não). Algumas profissões dão ao profissional o conhecimento desses efeitos letais, como é o caso, principalmente, dos médicos, químicos, farmacêuticos e enfermeiros.

Dessa forma, um controle rigoroso sobre a prescrição e distribuição de medicamentos, principalmente psicofármaco, torna-se fundamental na prevenção de diminuir as taxas de auto-envenenamento.

Os médicos acabam tendo livre acesso através dos hospitais, ou das amostras grátis fornecidas pelas indústrias farmacêuticas, ou, ainda, pelo próprio uso errôneo de seus receituários, isto é, prescrevendo para familiares ou para si mesmos (automedicação).

SAÚDE DO ESTUDANTE DE MEDICINA

É um contra-senso sabermos que os estudantes de medicina aprendem e trabalham nas consideradas melhores faculdades do País, com as melhores equipes, e a sensibilidade geral da equipe hospitalar negligencia a saúde do estudante, principalmente com atitudes pejorativas em relação à doença mental. Os esforços das faculdades de medicina, nas últimas décadas, em dar assistência psicológica ao aluno ainda ressoa pouco.

Simon²⁶, em 1968, realizando um estudo retrospectivo em 62 escolas médicas norte-americanas e três canadenses, concluiu que o suicídio é a segunda causa de morte entre os estudantes de medicina, perdendo apenas para os acidentes. Os dados encontrados com os alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo aproximaram-se aos dos obtidos por Simon (Millan *et al.*²⁷). Não há estudos em outras faculdades de medicina do Brasil sobre esse assunto.

Segundo trabalhos de Millan *et al.*²⁷ e De Marco *et al.*²⁸, alunos de medicina com melhor performance escolar encontram-se em um grupo de alto risco de suicídio. Os referidos autores conjecturam que, por serem pessoas mais exigentes, estariam mais propensas a sofrer as pressões impostas diante de qualquer falha. O estudante passa a ter culpa pelo que não sabe e com isso se sente paralisado pelo medo de errar. Esses quadros caracterizam-se por sentimentos de desvalia e impotência, que, muitas vezes, são responsáveis por idéias de abandono do curso, depressão e suicídio.

ESTRESSE MÉDICO

Os níveis de perturbações emocionais em médicos jovens parecem estar aumentando²⁹, e ainda assim são raras as publicações de relatório de implementação de medidas preventivas ou programas de intervenção durante o treinamento e prática médica. Redução nas horas de trabalho e padrões de trabalho foram propostas pelo *British Medical Journal*³⁰ em 1991, mas os efeitos dessas mudanças nos níveis de distúrbios emocionais necessitam de mais estudos, pois nenhuma relação direta foi encontrada entre o número de horas trabalhadas na semana e os níveis de depressão³¹.

Segundo revisão da literatura realizada por Waring³² sobre doenças psiquiátricas em médicos, os fatores etiológicos mais importantes foram o histórico psiquiátrico da família, a experiência de vida e a personalidade. Os danos ocupacionais dos médicos são experienciados indiretamente na destruição de rodas sociais de apoio³³, ou na precipitação de um "complexo de sintomas depressivos" em indivíduos suscetíveis ou vulneráveis³⁴.

No Brasil, Martins³⁵ destaca alguns fatores estressantes associados ao exercício profissional: sobrecarga horária, privação de sono, comportamento idealizado — contato intenso e freqüente com a dor e o sofrimento; lidar com a intimidade corporal e emocional — contato com a morte e com o morrer; lidar com pacientes difíceis — incertezas e limitações do conhecimento médico, isto é, o medo do erro médico.

Segundo Nahas *et al.*³⁶, o melhor exemplo que os médicos podem dar é o próprio. Pelo voto que fizeram e a licença que obtiveram, os médicos comprometeram-se a ser o modelo na prescrição e uso de drogas.

Como pode o médico ser modelo se, como ser humano que é, seu raciocínio científico se contamina e empobrece às custas da necessidade deste controle mágico e onipotente.

Young *et al.*³⁷ apresentam relato de um médico jovem que se suicida, após ter deixado um bilhete para o Diretor Clínico do Hospital em que trabalhava. As dificuldades e seqüelas psicológicas são abordadas para que o local de trabalho volte a funcionar adequadamente.

Pouco tem sido publicado sobre intervenção de assistência a esses grupos de pessoas com trauma de membros que se suicidaram. Suicídio pode provocar reações de choque e sentimentos contraditórios: raiva, culpa, medo e tristeza, e pode resultar em uma disfunção organizacional. A natureza e a intensidade das emoções podem provocar e limitar as suas expressões conscientes.

Vários estudos mostram que cerca de dois terços dos indivíduos que se suicidam comunicaram suas intenções previamente para a família, amigos ou médicos, o que demonstra a importância de se ter uma comunidade no meio acadêmico — bem como no meio médico — receptiva e com um papel facilitador da busca de ajuda preventiva.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Avaliar um paciente suicida é complicado pelo fato de despertar, com frequência, fortes sentimentos no médico examinador, principalmente ansiedade por um erro de conduta e uma consequência catastrófica. O médico deve estar calmo, pois os suicidas aumentam na mesma proporção das reações negativas do entrevistador em relação ao paciente. Deve evitar reações moralistas e críticas³⁸.

O suicídio é um assunto extremamente pessoal, e o paciente deve ter oportunidade de conversar a sós com o médico, pois, geralmente, sente-se aliviado ao ser questionado sobre o assunto. Após relacionamento empático, o examinador deve sempre perguntar sobre a ideação suicida, como parte integrante de qualquer exame do estado mental, especialmente se o paciente estiver deprimido. Perguntar diretamente: “Você deseja morrer?”, “A idéia de morrer vem à sua cabeça?”, ou “Você já tentou suicídio?”. O médico não deve evitar falar dos sentimentos suicidas da pessoa, pois cerca de 80% das pessoas que se suicidaram avisaram quanto à sua intenção, e 50% o dizem abertamente. Todas as ameaças de suicídio devem ser encaradas com seriedade, mesmo que possam parecer falsas (manipulação). A escolha da conduta do tratamento dependerá das impressões gerais do médico quanto ao risco de suicídio num futuro próximo e à necessidade de tratamento dos problemas psiquiátricos³⁸.

A equipe médica que trata de um paciente médico que tentou suicídio sente-se, geralmente, muito mobilizada e, por vezes, impotente. Quando a tentativa de suicídio envolve um estudante de medicina, algumas vezes, a equipe o hostiliza, considerando-o como fraco. De outro lado, isso sensibiliza muito seus colegas de turma, que se mostram chocados e preocupados com a reincidência do ato do próprio colega. Os profissionais que tiveram experiência em tratar pacientes suicidas sabem que, freqüentemente, a reação imediata daqueles que cercam o paciente é serem cruéis e rejeitá-los. O profissional que é chamado para lidar com o paciente suicida, geralmente, encara uma crise particular que muito tem a ver com sua própria

reação ao paciente, o de poder tomar a forma de rejeição. Tabachnick e Hills³⁹ alertam para o fato de que é adequado olhar para tal situação como uma crise de contratransferência.

A medicação psicotrópica a ser utilizada dependerá do diagnóstico psiquiátrico realizado e das condições clínicas do paciente, por causa dos seus efeitos colaterais^{40,41}. Sugerimos que os psicotrópicos sejam manuseados por profissionais que tenham habilidade com as doses, apresentações, efeitos colaterais, interações medicamentosas e condições físicas (insuficiência hepática, renal ou respiratória e doenças cardíacas), além da idade e peso (paciente terminal). Desaconselhamos firmemente a automedicação, tão freqüente entre nós.

O tratamento com eletroconvulsoterapia (ECT) deve ser considerado, nos casos de depressão grave, com forte determinação para o suicídio. Esse tipo de tratamento não deve ser visto com preconceito, pois, se bem indicado, é igualmente útil ao paciente, como na cardioversão, isto é, o uso da corrente elétrica para fins terapêuticos³⁸. Independente do diagnóstico, é essencial o estabelecimento de uma aliança terapêutica com o paciente. Além disso, deve-se procurar compreender o seu estado agudo, as razões pelas quais o levaram a decidir pelo suicídio.

É importante tentar transmitir esperança ao paciente, mas sem dar falsas garantias de que “tudo acabará bem”. As seqüelas podem ser dramáticas (p. ex., queimados) e levar a nova tentativa de suicídio.

A avaliação do potencial suicida deve ser realizada desde o primeiro contato e durante toda a hospitalização, quer seja no hospital geral ou psiquiátrico (ver quadros 1 e 2). Após a alta, deve-se fazer um planejamento para acompanhamento do paciente: é importante avaliar o seu suporte familiar e social, se há ou não continuidade do evento estressante para ele e sua estrutura, para lidar com a situação que o levou ao ato.

CONCLUSÕES

É fundamental o preparo do estudante de medicina diante das reais condições de seu futuro trabalho, não estimulá-lo a utilizar idealizações onipotentes para enfrentar situações de difícil controle durante sua vida profissional.

Para o médico já em exercício da profissão, um programa de conscientização e orientação de que a informação técnica anteriormente adquirida não lhe dá imunidade aos conflitos emocionais. Publicações constantes para familiarização por parte dos colegas médicos com a profilaxia e reconheci-

mento dos sinais preditivos de suicídio. Desenvolvimento de uma assistência psiquiátrica e psicoterápica para médicos em risco de suicídio. Preparo de profissionais para lidar com esse grupo de pacientes, pois os sentimentos positivos e negativos da contratransferência se misturam, principalmente os de identificação. É imperativo que a equipe defina sua relação com o paciente-médico e enfatize a sua responsabilidade de cooperação, evitando privilégios especiais. Pensamos ser importante que a equipe não seja familiar (conhecida) do paciente médico.

Como dizem Rose e Rosow¹⁴, o suicídio médico é um desperdício trágico de recurso humano.

Nossa classe deve tornar mais sensível a existência desse problema e mais apta a reconhecer “o pedido de ajuda” de um colega e de si mesmo, sem, contudo, deixar de zelar pelos interesses do público.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Simon W, Lumry GK. Suicide among physician-patient. *J Nerv Ment Dis* 1968; 147(2): 105-12.
- Editorials. *JAMA* 1903; 41(4): 263-4.
- Simon R. “O complexo tanatolítico” justificando medidas da psicologia preventiva para estudantes de medicina. *Bol Psiq* 1971; 4(4): 113-5.
- Ross M. Suicide among physicians: a psychological study. *Dis Nerv System* 1973; 34(3): 145-50.
- Ford CV. Emotional distress in internship and residency: a questionnaire study. *Psychiatr Med* 1983; 1: 143-50.
- Lyman J. Student suicide at Oxford University. *Student Med* 1961; 10: 218-34.
- Wekstein L. *Handbook of suicidology*. New York, Brunnel/Magel, 1979.
- Feifel H, Hanson S, Jones R, Edwards L. Physicians consider death. In: *Proceedings of the 75th Annual Convention*. Washington, DC, American Psychology Association, 1967.
- Stengel E. *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires, Hormé-Paidós, 1978.
- Richings JC, Khara GS, Mc Dowell M. Suicide in young doctors. *Br J Psychiat* 1986; 149: 475-8.
- De Sole DE, Singer P, Aronson S. Suicide among physician. *Int J Soc Psychiat* 1969; 15: 294-301.
- Sakinifsky I. Suicide in doctors and their wives [Letter]. *Br Med J* 1980; 1: 386-7.
- Rich CL, Pitts FN. Suicide by psychiatrists: a study of medical specialists among 18,730 consecutive physician deaths during a five-year period 1967-72. *J Clin Psychiat* 1980; 41(8): 261-3.
- Rose KD, Rosow I. Physicians who kill themselves. *Arch Gen Psychiat* 1973; 29: 800-5.
- Helliwell PJ. Suicide amongst anaesthetists in training. *Anaesthesia* 1983; 38: 1097.
- A'Brook MF, Hailstone JD, Mc Lauchlan IEJ. Psychiatric illness in the medical profession. *Br J Psychiat* 1967; 113: 1.013-23.
- Waterson DJ. Psychiatric illness in the medical profession: incidence in relation to sex and field of practice. *Can Med Ass J* 1976; 115: 311-7.
- Harrington JM, Shannon HS. Mortality study of pathologists and medical laboratory technicians. *Br Med J* 1975; IV: 329-32.
- Agarie CA, Lopes PS, Cordás TA. Suicídio, “Doença das condições do trabalho” entre médicos e estudantes de medicina. *Arq Med ABC* 1983; 6(1:2): 5-7.
- Freedman W. Psychiatrists who kill themselves: a study in suicide — brief communications. *Am J Psychiat* 1967; 124(6): 154-5.
- Lester D. Suicide among psychologists and a proposal for the American Psychological Association Psychology. *Reports* 1989; 64: 65-6.
- Day FJ. Physician suicide - to the editor. *JAMA* 1987; 258(12): 1.607.
- Fernando GCA. A suicide by Thiopentone infusion — forensic toxicology. *Am J Med Pathol* 1990; 11(4): 309-11.
- A.M.A. Council on Scientific Affairs. Results and implication of the A.M.A.-A.P.A. physician mortality project-stage II. *JAMA* 1987; 257(21): 2.949-53.
- Wiedenmann A, Weyerer A. The impact of availability, attraction and lethality of suicide methods on suicide rates in Germany. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 364-8.
- Simon HJ. Mortality among medical students, 1947-67. *J Med Educ* 1968; 43: 1.175-80.
- Millan LR, Rossi E, De Marco OLN. O suicídio entre estudante de medicina. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 1990; 45: 145-9.
- De Marco OLN, Rossi E, Millan LR. Considerações acerca do “erro médico” e de suas implicações psicológicas. *Rev ABP-APAL* 1992; 14(2): 67-70.
- Smith JW, Denny WF, Witzke DG. Emotional impairment in internal medicine house staff. *JAMA* 1986; 255:1.155-8.
- British Medical Journal. Ministerial group reports on juniors' hours. *Br Med J* 1991; 302: 8-9.
- Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *Br Med J* 1987; 295: 533-6.
- Waring E. Psychiatric illness in physicians: a review. *Compr Psychiatry* 1974; 15: 515-30.
- Butterfield PS. The stress of residency: a review of the literature. *Arch Intern Med* 1988; 148: 1.428-35.
- Valko RJ, Clayton PJ. Depression in the internship. *Dis Nerv System* 1975; 36: 26-9.
- Martins LAN. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Rev Bras Clin Terap* 1991; 20(9): 355-64.
- Nahas GG, Frick HC, Manger WM, Hyman G. Drug use among physicians and medical students. *N Engl J Med* 1987; 316(11): 694.
- Young JJ, Ursanp RJ, Bally RE, Mc Neil DS. Consultation to a clinic following suicide. *Am J Orthopsych* 1989; 59(3): 473-6.
- Meleiro AMAS, Wang Y-P. Suicídio e tentativa de suicídio. In Louzã Neto MR, Motta I, Wang Y-P, Elkis H (eds). *Psiquiatria básica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995; 376-96.
- Tabachnick N, Hills B. Countertransference crisis in suicide attempts. *Arch Gen Psychiat* 1961; 4: 64-70.
- Montgomery SA, Montgomery DB, Green M, Bullock T, Baldwin D. Pharmacotherapy in the prevention of suicidal behavior. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12(2): 275-315.
- Müller-Oerlinghausen B, Müser-Causemann B, Volk J. Suicides and parasuicides in a high-risk patient group on and off Lithium long-term medication. *J Affect Dis* 1992; 25: 261-70.