



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

IDEAÇÃO SUICIDA:
MEDIDA, CORRELATOS E MODELO EXPLICATIVO

SANDRA HELENA CAMPOS CARDOSO REIS

João Pessoa – PB

2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTODEPSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
DOUTORADOEM PSICOLOGIA SOCIAL

Sandra Helena Campos Cardoso Reis

IDEAÇÃO SUICIDA:
MEDIDA, CORRELATOS E MODELO EXPLICATIVO

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (Doutorado), da Universidade Federal da Paraíba, como requisito final para obtenção do grau de *Doutora* em Psicologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Valdiney Veloso Gouveia

João Pessoa-PB

2025

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

R375i Reis, Sandra Helena Campos Cardoso.
Ideação suicida : medida, correlatos e modelo
explicativo / Sandra Helena Campos Cardoso Reis. - João
Pessoa, 2025.
148 f.

Orientação: Valdiney Veloso Gouveia.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

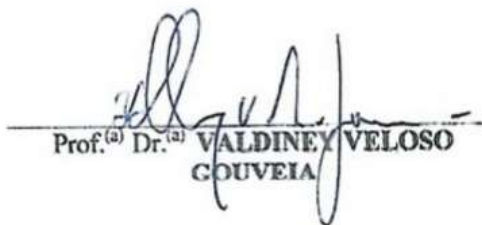
1. Psicologia social. 2. Ideação suicida. 3.
Desconforto psicológico. 4. Fadiga. 5. Burnout. I.
Gouveia, Valdiney Veloso. II. Título.

UFPB/BC

CDU 316.6(043)

ATA DE DEFESA DE TESE

Aos dezesseis dias do mês de julho de dois mil e vinte e cinco, de modo presencial, Sala 407 CCHLA, reuniram-se em solenidade pública os membros da comissão designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (CCHLA/UFPB), para a defesa de Tese da aluna **SANDRA HELENA CAMPOS CARDOSO REIS** – mat. 20221013349 (orientando(a), UFPB, CPF: 625.761.434-15). Foram componentes da banca examinadora: Prof.^(a) Dr.^(a) **VALDINEY VELOSO GOUVEIA** (UFPB, Orientador, CPF: 442.051.554-68), Prof.^(a) Dr.^(a) **PATRICIA NUNES DA FONSECA** (UFPB, Membro Interno ao Programa, CPF: 675.852.564-34), Prof.^(a) Dr.^(a) **SILVANA CARNEIRO MACIEL** (UFPB, Membro Interno ao Programa, CPF: 601.115.774-20), Prof.^(a) Dr.^(a) **MARIA DE FATIMA BARACUHY CAVALCANTI** (UFPB, Membro Externo ao Programa, CPF: 098.574.784-68), Prof.^(a) Dr.^(a) **VIVIANY SILVA PESSOA** (UFPB, Membro Externo ao Programa, CPF: 008.725.414-01) e Prof.^(a) Dr.^(a) **ANTONIO OSVALDO PAQUELEQUE** (UJC, Membro Externo à Instituição). Na cerimônia compareceram, além do(a) examinado(a), alunos de pós-graduação, representantes dos corpos docente e discente da Universidade Federal da Paraíba e interessados em geral. Dando início aos trabalhos, o(a) presidente da banca, Prof.^(a) Dr.^(a) **VALDINEY VELOSO GOUVEIA**, após declarar o objetivo da reunião, apresentou o(a) examinado(a) **SANDRA HELENA CAMPOS CARDOSO REIS** e, em seguida, concedeu-lhe a palavra para que discorresse sobre seu trabalho, intitulado: **"IDEAÇÃO SUICIDA: MEDIDA, CORRELATOS E MODELO EXPLICATIVO"**. Passando então ao aludido tema, a aluna foi, em seguida, arguida pelos examinadores na forma regimental. Ato contínuo, passou a comissão, em secreto, a proceder a avaliação e julgamento do trabalho, concluindo por atribuir-lhe o conceito de **"APROVADO"**, o qual foi proclamado pela presidente da banca, logo que retornou ao recinto da solenidade pública. Nada mais havendo a tratar, eu, **Júlio Rique Neto**, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada por todos assinou juntamente com os membros da banca. João Pessoa, 16 de julho de 2025.



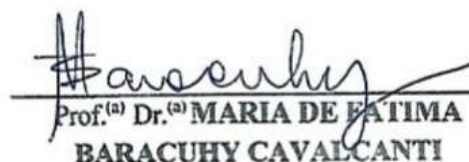
Prof.^(a) Dr.^(a) **VALDINEY VELOSO GOUVEIA**

Documento assinado digitalmente
 **SILVANA CARNEIRO MACIEL**
Data: 17/07/2025 14:14:49-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^(a) Dr.^(a) **SILVANA CARNEIRO MACIEL** - Suplente



Prof.^(a) Dr.^(a) **PATRICIA NUNES DA FONSECA**

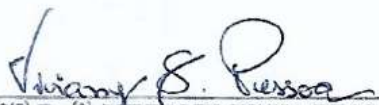


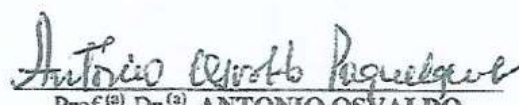
Prof.^(a) Dr.^(a) **MARIA DE FATIMA BARACUHY CAVALCANTI**



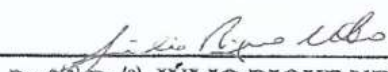
Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências Humanas Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social




Prof.^(a) Dr.^(a) VIVIANY SILVA PESSOA


Prof.^(a) Dr.^(a) ANTONIO OSVALDO

PAQUELEQUE


Prof.^(a) Dr.^(a) JÚLIO RIQUE NETO
Coordenador do PPGPS

Aos meus pais, Maria Helena e Cláudio.

*Ao meu marido, meu amor, Ney Brito
Silva.*

EPÍGRAFE

*“Hoje, com sinceridade
Eu acordei com uma vontade de cuidar de mim
Me levar para um passeio
Sem pisar o pé no freio, sem pensar no fim*

*Arrumar minhas gavetas
Botar tinta na caneta do meu coração
Escrever um: Eu me amo
Cada vez que a voz do mundo me disser que não*

*Ler um livro, colher flores
Pra te dar quando tu fores flor no meu jardim
Animar essa pessoa
Que andou vagando à toa, mas que mora em mim*

*Quando eu mudo, o mundo muda, cai na minha dança
Se eu mexo no meu mundo, o resto se balança
Muda tudo o tempo todo feito uma criança
O que não muda nesse mundo é somente a mudança”*

(Mundança – Flávio Leandro)

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado discernimento nesse caminhar.

Ao meu Orientador, Valdiney Veloso Gouveia, pela orientação, generosidade e acolhimento nesse processo tão cheio de percalços. Gratidão sempre!!!!

Aos membros da banca examinadora: Professoras Doutoras Patrícia Nunes Fonseca, Maria de Fátima Baracuhy Cavalcanti, Silvana Carneiro Maciel e Viviany Silva Pessoa e Professor Doutor Antônio Osvaldo Paqueleque, por todas as valiosas contribuições.

Ao núcleo de pesquisa BNCS, sempre apoiando na trajetória da vida acadêmica, em especial Erica Vanessa.

Ao PPGPS, em especial à servidora Naara Hortência pela sua presteza sempre nos momentos oportunos.

Ao meu esposo, Ney Brito Silva, pela cumplicidade de sempre.

Aos meus filhos, Rafael e Bruna por darem sentido à minha existência.

Aos meus familiares: pais, irmãos, cunhada, sobrinhos pelo apoio e compreensão nos meus momentos difíceis.

À minha amiga Professora Doutora Valéria Machado Rufino, pela sua amizade e apoio incondicional.

Às minhas amigas de tantos cafés e risadas nesse caminhar: Kátia Eleonora, Rossana Guerra e Wema D'gma.

2025

REIS, Sandra Helena Campos Cardoso. **Ideação Suicida: Medida, Correlatos e Modelo Explicativo**. 2025. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB

RESUMO

A ideação suicida é recorrente entre profissionais que atuam em contextos laborais em que a fadiga e o *burnout* são frequentes, como ocorre com os médicos. É provável que essa cognição negativa, isto é, a ideia de acabar com a própria vida pode ser resultado do desconforto psicológico, que, por sua vez, resulta do exercício profissional em ambientes nos quais se vivenciam esgotamento emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. O objetivo desta tese foi analisar os fatores psicológicos e laborais associados à ideação suicida em médicos, com especial atenção ao papel do *burnout*, do desconforto psicológico e da fadiga, por meio de evidências psicométricas e modelagem estatística explicativa. Participaram do estudo 6.442 médicos de todo o Brasil, que responderam, além de perguntas demográficas, quatro instrumentos de autorrelato: *Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa*, *Questionário de Saúde Geral*, *Inventário de Burnout de Maslach* e *Escala de Avaliação da Fadiga*. Os resultados de análises fatoriais exploratória e confirmatória, incluindo invariância fatorial em relação às regiões do país, mostraram que a medida de ideação suicida apresentou evidências de validade de construto, reunindo dois fatores que conjuntamente explicaram 64% da variância total, tendo coeficientes de consistência interna superiores a 0,90. Consistentemente, a medida de ideação suicida se correlacionou positiva e significativamente com o desconforto psicológico, a fadiga e o *burnout*. Uma análise de regressão múltipla (método *stepwise*), incluindo preditores da ideação suicida o desconforto psicológico, a fadiga e o *burnout* revelou um modelo estatisticamente adequado, explicando 52% da variância. Por fim, testou-se um modelo causal que teve como mediador o desconforto psicológico para explicar a associação do *burnout* com a ideação suicida, que corroborou as hipóteses do estudo [$AGFI = 0,99$, $CFI = 0,99$ e $RMSEA = 0,05$ ($IC90\% = 0,037-0,061$)]. Concluindo, esta tese revelou a importância de vivências do contexto laboral que podem levar, direta ou indiretamente, à ideação suicida. Mais importante, denota a relevância de serem desenvolvidos programas de atenção ao trabalhador na promoção de sua saúde, evitando que consequências negativas do trabalho na vida dos profissionais.

Palavras-chave: Ideação Suicida; Desconforto Psicológico; *Burnout*; Fadiga.

2025

REIS, Sandra Helena Campos Cardoso. **Suicidal Ideation: Measurement, Correlates and Explanatory Model**. 2025. Thesis (Doctorate in Social Psychology) – Post-Graduation Program in Social Psychology, Federal University of Paraíba, João Pessoa-PB

ABSTRACT

Suicidal ideation is common among professionals who work in work contexts where fatigue and burnout are frequent, as is the case with physicians. It is likely that this negative cognition, that is, the idea of ending one's own life, may be the result of psychological discomfort, which in turn results from working in environments in which emotional exhaustion, depersonalization, and low personal fulfillment are experienced. This thesis aims to analyze the psychological and occupational factors associated with suicidal ideation in physicians, with special attention to the role of burnout, psychological discomfort, and fatigue, through psychometric evidence and explanatory statistical modeling. A total of 6,442 physicians from all over Brazil participated in the study, who answered, in addition to demographic questions, four self-report instruments: the Inventory of Positive and Negative Suicidal Ideation, the General Health Questionnaire, the Maslach Burnout Inventory, and the Fatigue Assessment Scale. The results of exploratory and confirmatory factor analyses, including factorial invariance in relation to the regions of the country, showed that the measure of suicidal ideation presented evidence of construct validity, bringing together two factors that together explained 64% of the total variance, with internal consistency coefficients greater than 0.90. Consistently, the measure of suicidal ideation correlated positively and significantly with psychological distress, fatigue, and burnout. A multiple regression analysis (stepwise method), including predictors of suicidal ideation psychological distress, fatigue, and burnout, revealed a statistically adequate model, explaining 52% of the variance. Finally, a causal model was tested that had psychological distress as a mediator to explain the association of burnout with suicidal ideation, which corroborated the study hypotheses [AGFI = 0.99, CFI = 0.99, and RMSEA = 0.05 (90% CI = 0.037-0.061)]. In conclusion, this thesis revealed the importance of experiences in the work context that can lead, directly or indirectly, to suicidal ideation. More importantly, it denotes the relevance of developing programs to care for workers in promoting their health, preventing negative consequences of work in the lives of professionals.

Keywords: Suicidal Ideation; Psychological Distress; Burnout; Fatigue.

2025

REIS, Sandra Helena Campos Cardoso. **Ideación Suicida: Medición, Correlatos y Modelo Explicativo**. 2025. Tesis (Doctorado en Psicología Social) – Programa de Postgrado en Psicología Social, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa-PB

RESUMEN

La ideación suicida es común entre profesionales que trabajan en entornos donde la fatiga y el agotamiento son comunes, como los médicos. Esta cognición negativa, es decir, la idea de quitarse la vida, probablemente sea resultado del distrés psicológico, que, a su vez, resulta de trabajar en entornos donde se experimentan agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Esta tesis tiene como objetivo analizar los factores psicológicos y ocupacionales asociados a la ideación suicida en médicos, con especial atención al papel del burnout, el malestar psicológico y la fatiga, a través de evidencia psicométrica y modelos estadísticos explicativos. Han participado en el estudio 6.442 médicos de todo el Brasil, que completaron, además de preguntas demográficas, cuatro instrumentos de autoinforme: el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa, el Cuestionario de Salud General, el Inventario de Agotamiento de Maslach y la Escala de Evaluación de la Fatiga. Los resultados de los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio, incluyendo la invariancia factorial entre regiones brasileñas, mostraron que la medida de ideación suicida presentó validez de constructo, combinando dos factores que juntos explicaron el 64% de la varianza total, con coeficientes de consistencia interna superiores a 0,90. Consistentemente, la medida de ideación suicida se correlacionó positiva y significativamente con el distrés psicológico, la fatiga y el agotamiento. Un análisis de regresión múltiple (método stepwise), que incluyó el distrés psicológico, la fatiga y el agotamiento profesional como predictores de la ideación suicida, reveló un modelo estadísticamente adecuado, que explica el 52% de la varianza. Finalmente, se probó un modelo causal con el distrés psicológico como mediador para explicar la asociación entre el agotamiento profesional y la ideación suicida, lo que corroboró las hipótesis del estudio ($AGFI = 0,99$, $CFI = 0,99$ y $RMSEA = 0,05$ ($IC\ 90\% = 0,037-0,061$)). En conclusión, esta tesis reveló la importancia de las experiencias laborales que pueden conducir, directa o indirectamente, a la ideación suicida. Más importante aún, destaca la importancia de desarrollar programas de cuidado para empleados que promuevan su salud y prevengan las consecuencias negativas del trabajo en sus vidas.

Palabras clave: Ideación suicida; Distrés psicológico; Agotamiento; Fatiga

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1.</i> Estrutura Fatorial do PANSI	106
<i>Tabela 2.</i> Comprovação da Invariância Fatorial da Medida de Ideação Suicida no Brasil	111
<i>Tabela 3.</i> Correlatos Laborais e Psicológicos da Ideação Suicida	112

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição Gráfica dos Valores Próprios (Eigenvalues) do PANSI.....	104
Figura 2. Representação Espacial de Itens da Medida de Ideação Suicida	107
Figura 3. Modelo Fatorial Confirmatório da Medida de Ideação Suicida (PANSI).....	110
Figura 4. Modelo Causal com Efeitos Direto e Indireto do Burnout na Ideação Suicida	116

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ASIQ - *Adult Suicidal Ideation Questionnaire*

BSI - *Beck Scale for Suicide Ideation*

CFM - Conselho Federal de Medicina

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças

C-SSRS - Columbia-Suicide Severity Rating Scale

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

GAD-7 – *Generalized Anxiety Disorder*

HHA - Hipotálamo-Hipófise-Adrenal

IRNS - Inibidores da Recaptação de Noradrenalina e Serotonina

ISRS - Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

OMS - Organização Mundial da Saúde

PANSI - Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa

PHQ-9 - Patient Health Questionnaire

SBPS - Sociedade Brasileira de Psicologia da Saúde

SIQ - *Suicidal Ideation Questionnaire*

SPS - *Suicide Probability Scale*

TAG - Transtorno de Ansiedade Generalizada

TAS - Transtorno de Ansiedade de Separação

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

TDM - Transtorno Depressivo Maior

TEC - Terapia Eletroconvulsiva

TIP - Interpessoal

USP - Universidade de São Paulo

VPP - Valor Preditivo Positivo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
Objetivo Geral	16
Objetivos Específicos	16
Hipóteses	16
PARTE I - MARCO TEÓRICO	17
CAPÍTULO 1. IDEIAÇÃO SUICIDA	18
1.1 A Contextualização do Suicídio Diante de uma Sociedade Frágil.....	24
1.2. O Impacto do Estigma e a Importância do Debate Público	30
1.3. Ideação Suicida: Medidas e Correlatos	33
1.3.1. <i>Instrumentos de medida de ideação suicida</i>	33
1.3.2. <i>Correlatos da ideação suicida</i>	35
1.3.3. <i>Relações entre ideação suicida e acometimento de suicídio</i>	38
CAPÍTULO 2.DESCONFORTO PSICOLÓGICO	40
2.1.Depressão	40
2.1.1 <i>Níveis de Gravidade</i>	47
2.2. Ansiedade	50
2.2.1 <i>Aspectos Gerais dos Transtornos de Ansiedade</i>	56
2.2.2. <i>Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)</i>	57
2.2.3. <i>Transtorno de Ansiedade Social - Fobia Social</i>	59
2.2.4. <i>Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS)</i>	61
CAPÍTULO 3. FADIGA	65
CAPÍTULO 4. SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	70
4.1 Fatores de Risco e Ambiente de Trabalho e as Estratégias de Intervenção e Prevenção	76
4.2. Marco normativo sobre riscos psicossociais	80
CAPÍTULO 5. SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE	83
5.1 Fatores que Influenciam a Satisfação Profissional	85
Parte II – EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS	96
CAPÍTULO 6. MÉTODO.....	97
6.1. Delineamento e Hipóteses	97
6.2. Participantes	97
6.3. Instrumentos	98
6.4. Procedimento.....	100
6.5. Análises dos Dados	100
CAPÍTULO 7. RESULTADOS	102

7.1. Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI): Evidências Psicométricas.....	102
7.2. Comparação de Modelos e Testagem de Invariância Fatorial do PANSI.....	108
7.3. Correlatos da Ideação Suicida: Adoecimento do Trabalhador.....	112
7.4. Explicação da Ideação Suicida.....	114
7.5. Modelo Causal da Ideação Suicida: Testando Efeitos Diretos e Indiretos	115
CAPÍTULO 8. DISCUSSÃO	118
8.1 Estrutura Fatorial e Propriedades Psicométricas do PANSI	118
8.2 Correlações com Variáveis Psicológicas e Ocupacionais	119
8.3 Preditores Diretos da Ideação Suicida.....	120
8.4 Modelo Causal: Mediação do Desconforto Psicológico	121
REFERÊNCIAS.....	125
ANEXOS	139
ANEXO I. Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI).....	140
ANEXO II. Questionário de Saúde Geral (QSG-12).....	141
ANEXO III. Escala de Avaliação da Fadiga.	142
APÊNDICES	143
APÊNDICE I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	144
APÊNDICE II. Questionário Sociodemográfico	147

INTRODUÇÃO

A saúde mental é um aspecto crucial no contexto profissional, especialmente no setor da saúde, onde os médicos enfrentam rotinas desafiadoras e emocionalmente desgastantes. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que cerca de 1 em cada 6 pessoas no mundo enfrenta problemas relacionados à saúde mental, e os médicos não estão imunes a essa realidade.

A pressão constante, a carga emocional intensa e o contato frequente com a dor e o sofrimento alheio podem gerar altos níveis de estresse, que se traduzem em condições como *burnout*, depressão e ansiedade (Shanafelt *et al.*, 2020; Pappa *et al.*, 2021). Esses transtornos são potencializados pela sobrecarga de trabalho, falta de suporte institucional, baixa autonomia e insegurança em relação à segurança no trabalho, fatores amplamente relatados em estudos recentes que evidenciam o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos médicos (Lai *et al.*, 2020; Vizheh *et al.*, 2020).

Além disso, estudos apontam que médicos têm riscos significativamente elevados de ideação e tentativas de suicídio em comparação à população geral (Duarte *et al.*, 2022). Dados epidemiológicos indicam que cerca de 20% já consideraram o suicídio em algum momento da carreira (Meier *et al.*, 2021), um índice que reforça a urgência de aprofundar o conhecimento sobre os fatores de risco e proteção nessa população.

O problema da ideação suicida entre médicos é ainda mais complexo quando considerado o fenômeno do *burnout*, definido pela tríade de esgotamento emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Maslach & Leiter, 2016). Estudos recentes mostram que níveis críticos de *burnout* podem triplicar o risco de ideação suicida e aumentar significativamente a ocorrência de transtornos depressivos e ansiosos (Rodrigues *et al.*, 2021; West *et al.*, 2020). O *burnout* está associado a contextos de trabalho marcados por alta demanda, baixos recursos organizacionais e falta de suporte emocional, condições comuns no ambiente hospitalar e clínico (Mazza *et al.*, 2021).

Um estudo realizado por Maslach e Leiter (2016) identificou que 40% dos médicos apresentam níveis críticos de *burnout*, o que pode aumentar a vulnerabilidade a transtornos mentais como a depressão e a ansiedade. Esses transtornos, por sua vez, são preditores relevantes para o comportamento suicida, sendo assim necessário compreender como interagem na vida desses profissionais e como podem ser mitigados.

A justificativa para uma investigação aprofundada sobre a ideação suicida em médicos reside na necessidade urgente de intervenções eficazes e direcionadas e também

na complexidade das interações entre fatores psicológicos e laborais. O desconforto psicológico, manifestado por sintomas de depressão e ansiedade, atua como mediador nas relações entre *burnout* e comportamento suicida, conforme apontam estudos longitudinais recentes (Santana *et al.*, 2023; Chen *et al.*, 2022). A fadiga, tanto física quanto mental, também emerge como importante preditor independente de ideação suicida, agravando o impacto do estresse ocupacional (Kim *et al.*, 2021). A ausência de estratégias de prevenção e apoio pode perpetuar um ciclo vicioso de sofrimento psíquico e comportamentos autodestrutivos.

Além do impacto individual, a saúde mental fragilizada dos médicos afeta diretamente a qualidade e segurança do atendimento prestado aos pacientes. A American Psychiatric Association (2020) e outras pesquisas destacam que déficits emocionais entre médicos contribuem para erros clínicos, redução da empatia e aumento da rotatividade, acarretando prejuízos significativos ao sistema de saúde (Dyrbye *et al.*, 2020; Panagioti *et al.*, 2021). Portanto, reconhecer e compreender os múltiplos determinantes da ideação suicida é crucial para a formulação de políticas públicas, protocolos institucionais e intervenções direcionadas que promovam a saúde mental e o bem-estar desses profissionais (WHO, 2023).

No contexto brasileiro, a disparidade regional e a heterogeneidade das condições laborais evidenciam a necessidade de validação psicométrica rigorosa de instrumentos como o Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI), para garantir medidas confiáveis e comparáveis entre diferentes populações (Silva *et al.*, 2022). Além disso, avaliar os efeitos diretos e indiretos do *burnout* sobre a ideação suicida, considerando mediadores psicológicos, permite delinear estratégias de intervenção baseadas em evidências e focalizadas nos aspectos mais críticos da experiência dos médicos.

O objetivo desta investigação é analisar a relação entre a ideação suicida e as condições de trabalho enfrentadas por médicos, com um foco particular nos efeitos do *burnout*, do desconforto psicológico (a depressão e a ansiedade) e a fadiga. Por meio de uma metodologia quantitativa, buscou-se identificar os principais preditores da ideação suicida nesse contexto e avaliar a eficácia de intervenções psicossociais/organizacionais, contribuindo para a construção de políticas de saúde mental mais eficazes e sensíveis às especificidades desse grupo.

Espera-se que este estudo contribua para um maior entendimento sobre as necessidades dos médicos, bem como para a implementação de estratégias de intervenção que visem à promoção da saúde mental e à prevenção do suicídio, fundamentando-se em

dados científicos e experiências práticas. O intuito final não é apenas sensibilizar as esferas responsáveis pela gestão da saúde, mas também fomentar um diálogo contínuo sobre a importância da saúde mental no ambiente de trabalho, especialmente na área da saúde.

Objetivo Geral

Analisar os fatores psicológicos e laborais associados à ideação suicida em médicos, com especial atenção ao papel do *burnout*, do desconforto psicológico e da fadiga, por meio de evidências psicométricas e modelagem estatística explicativa.

Objetivos Específicos

1. Validar a estrutura fatorial do Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI) e verificar sua consistência interna.
2. Comparar modelos uni e bifatoriais da medida de ideação suicida, testando sua invariância fatorial entre regiões do Brasil.
3. Investigar as correlações entre a ideação suicida e variáveis psicológicas e laborais (fadiga, *burnout* e desconforto psicológico).
4. Identificar os principais preditores da ideação suicida por meio de regressão linear múltipla.
5. Testar um modelo causal dos efeitos diretos e indiretos do *burnout* na ideação suicida, considerando o desconforto psicológico como mediador.

Hipóteses

1. A ideação suicida se correlacionará positivamente com os fatores do *burnout*.
2. A ideação suicida se correlacionará positivamente com o desconforto psicológico.
3. O *burnout* se correlacionará positivamente com o desconforto psicológico.
4. O desconforto psicológico mediará a correlação entre o *burnout* e a ideação suicida.

PARTE I - MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. IDEIAÇÃO SUICIDA

A saúde mental dos médicos tem se tornado uma preocupação crescente nas últimas décadas, principalmente em um mundo onde as demandas sobre esses indivíduos estão em constante aumento. São muitos os fatores que contribuem para essa situação alarmante, como a intensidade das emoções geradas pelo contato diário com a dor e a morte, a pressão para tomar decisões rápidas e precisas, e a exigência de lidar com a insatisfação dos pacientes e seus familiares (Pereira *et al.*, 2023).

Estudos indicam que a incidência de ideação suicida entre os médicos é significativamente maior do que na população geral, indicando uma crise silenciosa que precisa ser urgentemente abordada. Este trabalho tem como objetivo discutir os fatores de risco e proteção associados à ideação suicida em médicos, embasando-se em dados estatísticos e pesquisas científicas recentes, visando com isso enfatizar a importância de escuta e suporte na sua rotina (Shanafelt *et al.*, 2019).

Além disso, este estudo apontará para a necessidade de protocolos de identificação de risco, conforme as recomendações da OMS, propondo soluções que visem a promoção da saúde mental e o bem-estar desses profissionais essenciais na sociedade (Pereira *et al.*, 2023).

Médicos frequentemente enfrentam um ambiente de trabalho estressante, caracterizado por longas jornadas, alta demanda emocional e falta de apoio. Um estudo realizado por Shanafelt *et al.*, (2019) mostrou que 28% dos médicos relataram sintomas de depressão, sendo que destes, 10% admitiram ter pensamentos suicidas em algum momento de suas carreiras. Além disso, a cultura de superação que muitas vezes permeia esse setor dificulta a manifestação de vulnerabilidades, levando a um silenciamento da dor e ao isolamento (Nunes *et al.*, 2022).

Essa realidade alarmante não se limita apenas aos médicos, mas se estende a toda a equipe de saúde, incluindo enfermeiros e psicólogos, que também experimentam uma carga intensa de estresse e ansiedade. De acordo com uma pesquisa conduzida pela OMS, cerca de 35% dos profissionais de enfermagem relataram sinais de exaustão emocional, um fenômeno que pode impactar negativamente tanto a saúde dos empregados quanto o atendimento ao paciente (Smith *et al.*, 2022).

A pressão constante para atender às exigências do sistema de saúde, aliada à falta de recursos e à alta rotatividade de pessoal, cria um ciclo vicioso que perpetua o esgotamento. Além disso, os médicos enfrentam situações de traumas constantes, como

a perda de pacientes ou a luta contra doenças terminais, o que contribui ainda mais para suas dificuldades emocionais. Estudos mostram que o estresse crônico pode levar a sérios problemas de saúde física, impactando a vida pessoal e profissional dos médicos (Nunes *et al.*, 2022).

Para mitigar esses problemas, algumas instituições têm implementado programas de bem-estar e suporte psicológico, enfatizando a importância de cuidar da saúde mental dos profissionais. Iniciativas como grupos de apoio, treinamento em gerenciamento de estresse e pausas programadas durante os turnos têm mostrado resultados promissores. Pesquisas indicam que a adoção de práticas de autocuidado não só melhora o bem-estar dos profissionais, mas também a qualidade do atendimento prestado aos pacientes (Kessler *et al.*, 2022).

A prevenção do *burnout* se torna essencial, não apenas como uma medida de proteção para os médicos, mas também como um imperativo para garantir que os pacientes recebam o atendimento de qualidade que merecem. As organizações de saúde precisam priorizar a saúde mental de suas equipes, criando ambientes de trabalho mais saudáveis e sustentáveis. Somente através desse cuidado coletivo conseguiremos enfrentar os desafios que surgem na complexidade da assistência médica moderna (Martin *et al.*, 2020).

Os fatores de risco para ideação suicida em trabalhadores da saúde podem ser classificados em pessoais, organizacionais e sociais. Dados da literatura revelam que a sobrecarga de trabalho, o estigma associado à saúde mental e a falta de suporte emocional são preocupações centrais. Em muitos casos, os profissionais se sentem pressionados a manter uma força e resiliência, o que pode agravar os problemas de saúde mental já existentes (Pereira *et al.*, 2023).

Além disso, a pressão constante por resultados, combinada com a exposição diária à dor e sofrimento dos pacientes, pode levar a um estado de desgaste emocional crônico, conhecido como *burnout*. Este fenômeno é frequentemente negligenciado, embora tenha impactos significativos na saúde mental dos profissionais de saúde. A identificação dos sinais de *burnout* é crucial, pois os trabalhadores que se encontram nessa condição podem apresentar uma redução na qualidade do cuidado prestado e um aumento nos níveis de insatisfação e absenteísmo (Monteiro, 2024).

Outros aspectos que contribuem para a ideação suicida incluem a falta de valorização no ambiente de trabalho e a insegurança quanto ao emprego, especialmente em tempos de crise, como a pandemia de COVID-19. As incertezas financeiras e o medo

de demissões criam um ambiente estressante que pode intensificar a sensação de impotência e desesperança. A cultura organizacional que não prioriza a saúde mental e o bem-estar dos seus colaboradores também desempenha um papel significativo nesse contexto (Pereira *et al.*, 2023).

Embora existam políticas de saúde que abordam a questão da saúde mental, muitas vezes elas não são implementadas de maneira adequada ou não são amplamente divulgadas entre os trabalhadores da saúde. Programas de apoio psicológico e grupos de discussão podem ser estratégias eficazes para aliviar o estigma e proporcionar um espaço seguro para que os profissionais compartilhem suas experiências e sentimentos. Ao fomentar uma cultura de abertura e apoio, as organizações podem reduzir o risco de ideação suicida e promover um ambiente de trabalho mais saudável (Nunes *et al.*, 2022).

É fundamental que os gestores e líderes nas instituições de saúde reconheçam a importância de investir na saúde mental de seus funcionários. Programas de treinamento em saúde mental que ensinem os trabalhadores a identificar sinais de sofrimento em si mesmos e em seus colegas podem ser um passo valioso. Além disso, a criação de redes de apoio dentro das organizações pode ser benéfica para ajudar os trabalhadores a se sentirem mais conectados e menos isolados em suas vivências profissionais (Martin *et al.*, 2020).

Estudos apontam que características pessoais, como história familiar de depressão, transtornos de ansiedade e consumo de substâncias, estão frequentemente associadas à ideação suicida. Uma meta-análise de Li *et al.*, (2021) indicou que trabalhadores da saúde com antecedentes de problemas de saúde mental têm um risco 2,5 vezes maior de desenvolver ideação suicida. Essas condições muitas vezes são exacerbadas por fatores estressantes no trabalho, resultando em um ciclo prejudicial que necessita de atenção urgente.

Além disso, a pressão constante que esses profissionais enfrentam pode exacerbar suas condições de saúde mental, tornando-os mais suscetíveis a sentimentos de desesperança e inadequação. Estudos adicionais sugerem que a carga emocional associada ao cuidado de pacientes gravemente enfermos pode resultar em um ciclo vicioso, onde os trabalhadores da saúde não apenas experimentam sua própria luta interna, mas também se sentem impotentes ao enfrentar o sofrimento alheio. A pesquisa de Zhang *et al.*, (2022) revelou que mais de 60% dos trabalhadores da saúde relataram altos níveis de estresse, o que, por sua vez, é um fator de risco conhecido para a ideação suicida.

Mais alarmante ainda, o estigma em torno da saúde mental dentro do setor de saúde pode impedir que esses profissionais procurem ajuda. O medo de represálias, degradação profissional ou até mesmo perda do emprego frequentemente desencoraja a busca por apoio. Os dados de um estudo de Oliveira *et al.*, (2024) mostram que apenas 30% dos trabalhadores da saúde com problemas de saúde mental buscaram tratamento. Essa sub-representação é um reflexo não apenas do estigma, mas também da falta de recursos acessíveis e adequados dentro do ambiente de trabalho.

Para abordar essa crise, é imperativo que instituições de saúde implementem programas de apoio psicológico e serviços de saúde mental focados nos trabalhadores. A criação de um ambiente onde a saúde mental é uma prioridade, e onde os profissionais se sintam seguros para discutir suas dificuldades, pode ser fundamental na prevenção da ideação suicida. Iniciativas como grupos de apoio e oficinas de gerenciamento de estresse têm o potencial de oferecer um espaço seguro para esses trabalhadores, promovendo não apenas o bem-estar individual, mas também a qualidade do atendimento ao paciente (Dyrbye *et al.*, 2020).

O ambiente de trabalho desempenha um papel crucial na saúde mental dos profissionais. A falta de controle sobre as condições de trabalho e a atmosfera de suporte têm sido identificadas como fatores significativos. De acordo com um estudo de McGowan *et al.*, (2020), ambientes de trabalho hostis elevam em 30% a probabilidade de ideação suicida entre enfermeiros. A falta de reconhecimento, feedback adequado e oportunidades para crescimento pessoal também contribuem para um sentimento de desesperança, fundamental na ideação suicida.

Além disso, a pesquisa revelou que a falta de reconhecimento por parte da gestão e a alta carga de trabalho contribuem para um aumento do estresse e da ansiedade entre os funcionários. A sobrecarga de tarefas faz com que muitos profissionais sintam que não conseguem realizar seu trabalho de forma satisfatória, levando a um ciclo vicioso de exaustão e desmotivação. Iniciativas de promoção da saúde mental no ambiente laboral, como programas de apoio psicológico e a implementação de políticas de trabalho flexível, podem mitigar esses efeitos negativos (Smith *et al.*, 2022).

Empresas que adotaram essas estratégias observaram melhorias significativas na satisfação geral dos funcionários e uma diminuição nas taxas de rotatividade. Além disso, o fortalecimento do espírito de equipe e a facilitação de uma comunicação aberta entre colegas e supervisores são essenciais para criar um espaço onde os profissionais se sintam valorizados e à vontade para expressar suas preocupações (McGowan *et al.*, 2020).

Um estudo de Jones *et al.*, (2021) destaca que ambientes inclusivos e acolhedores não apenas favorecem a saúde mental, mas também impulsionam a produtividade e a criatividade dos colaboradores. Portanto, investir em um ambiente de trabalho positivo não é apenas uma questão de bem-estar; é também uma estratégia inteligente para o sucesso organizacional no longo prazo.

Frente a um cenário crescente de estresse ocupacional, a promoção da saúde mental deve ser vista como uma prioridade, e não apenas uma medida reativa. Com o aumento da conscientização sobre a importância do equilíbrio entre vida pessoal e profissional, as empresas têm a responsabilidade de criar condições que promovam não só a saúde física, mas também o bem-estar emocional de seus trabalhadores.

A dinâmica social também influencia a saúde mental dos profissionais. O estigma em torno da busca de ajuda, a pressão para manter a produtividade e a falta de uma rede de apoio robusta contribuem para a ideação suicida. Um estudo de Zhang *et al.*, (2022) sugere que intervenções visando desestigmatizar a saúde mental no local de trabalho pode reduzir os índices de ideação suicida em até 15%. Além disso, a falta de comunicação aberta nas equipes pode resultar em um ambiente sombrio, onde os profissionais se sentem isolados em suas lutas internas.

É crucial considerar também os fatores de proteção que podem atenuar o risco de ideação suicida entre profissionais da saúde. Esses fatores podem incluir suporte social, autoestima, acesso a serviços de saúde mental e programas de bem-estar no trabalho. A criação de ambientes seguros onde os profissionais se sintam confortáveis para compartilhar suas experiências pode desempenhar um papel transformador (McGowan *et al.*, 2020).

Um forte suporte social tem demonstrado ser um fator de proteção efetivo. Interações positivas com colegas e familiares estão associadas a menores taxas de depressão e ideação suicida. Um estudo de Martin *et al.*, (2020) concluiu que profissionais que reportam altos níveis de apoio social têm uma prevalência 40% menor de pensamentos suicidas. Incentivar redes de apoio e grupos de discussão pode ser uma estratégia valiosa na promoção da saúde mental.

Iniciativas voltadas para o bem-estar no ambiente de trabalho, como sessões de mindfulness e suporte psicológico, têm mostrado eficácia na redução de sintomas de estresse e ideação suicida. Um programa implementado em hospitais da Finlândia resultou em uma diminuição de 35% nos índices de *burnout* e ideação suicida (Hälsö-ochsjukvårdsförvaltningen, 2021). Tais programas devem ser permanentes e adaptáveis

às necessidades dos funcionários, promovendo um ambiente de acolhimento e cuidado.

A identificação precoce de riscos é fundamental na prevenção da ideação suicida entre profissionais da saúde. A OMS recomenda a implementação de protocolos de triagem e avaliação, que devem incluir:

Questionários de Avaliação de Saúde Mental: Aplicação periódica de instrumentos validados, como o PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) e o GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder), para identificar sinais de depressão e ansiedade. A utilização de aplicativos de saúde mental no local de trabalho pode complementar essa abordagem e oferecer mais acessibilidade.

Formação em Saúde Mental: Treinamentos regulares para gestores e equipes, focando na identificação de sinais de alerta e abordagem de colegas em risco. A sensibilização e treinamento prático podem empoderar os profissionais a intervir de forma adequada e eficaz.

Acesso a Recursos de Saúde Mental: Disponibilização de linhas de apoio, terapia e programas de intervenção para aqueles que apresentem sintomas preocupantes. Também é vital garantir que esses recursos sejam conhecidos e acessíveis a todos os colaboradores.

A pesquisa nessa área deve ser contínua e ampliada, a fim de desenvolver intervenções mais eficazes e específicas. O compartilhamento de experiências de trabalhadores que enfrentaram crises de saúde mental e conseguiram superá-las pode servir de fonte de inspiração e motivação para aqueles que ainda lutam. A construção de uma comunidade solidária dentro do setor de saúde pode, portanto, ser uma das chaves para ajudar a minimizar o risco de ideação suicida e criar um ambiente onde a saúde mental seja valorizada e priorizada (McGowan *et al.*, 2020).

É importante que o setor da saúde reconheça a importância da saúde mental de seus profissionais, implementando práticas que promovam ambientes de trabalho saudáveis e suporte emocional adequado. A educação sobre saúde mental e a desestigmatização da busca de ajuda são passos fundamentais para a redução da ideação suicida (Celik *et al.*, 2021).

Medidas rigorosas voltadas à prevenção devem ser estabelecidas e integradas nas rotinas diárias das instituições de saúde. Somente através de uma abordagem colaborativa e contínua é que será possível garantir um futuro mais saudável para os profissionais que dedicam suas vidas ao cuidado dos outros (Kessler *et al.*, 2022).

1.1 A Contextualização do Suicídio Diante de uma Sociedade Frágil

A discussão acerca da ideação suicida ganha força, sobretudo, em sociedades que convivem com elevados índices de estresse, dificuldades de inserção social e crises econômicas. Os dados globais indicam que os comportamentos suicidas têm aumentado de forma alarmante nas últimas décadas, evidenciando a necessidade de intervenções multi e interdisciplinares.

A modernidade tardia é marcada por uma série de transformações que, embora tenham proporcionado avanços significativos em diversas áreas, também contribuíram para a instabilidade dos vínculos sociais. A prevalência de individualismo, o afastamento dos ideais comunitários e a crescente competitividade no mercado de trabalho configuram um cenário em que o ser humano se vê cada vez mais solitário diante dos desafios da vida. Esse contexto é especialmente prejudicial para aqueles que, por diversas razões, encontram-se em situação de vulnerabilidade (McGowan *et al.*, 2020).

Além disso, a tecnologia, que poderia ser um agente de conexão e facilitação das relações sociais, muitas vezes tem o efeito oposto. As interações virtuais, embora sejam uma alternativa prática, frequentemente carecem da profundidade e do calor humano das relações presenciais (Lacerda *et al.*, 2023).

Assim, a socialização se reduz a curtidas e compartilhamentos, criando uma falsa sensação de proximidade enquanto a solidão se intensifica. Em meio a essa realidade, surgem novas formas de organização comunitária, como grupos de apoio e iniciativas de solidariedade, que buscam resgatar a essência do coletivo. Essas experiências, mesmo que ainda tímidas, mostram que a necessidade de conexão humana permanece intrínseca ao ser (Dyrbye *et al.*, 2020).

Adicionalmente, é fundamental que políticas públicas e iniciativas sociais reconheçam e abordem as necessidades dos marginalizados. Programas voltados para a inclusão, saúde mental e apoio emocional podem servir como pontes para reintegrar indivíduos à sociedade, fortalecendo o tecido social e mitigando os efeitos da alienação. O desafio está em encontrar um equilíbrio entre as demandas do mundo moderno e a preservação dos laços que nos tornam humanos. A reflexão sobre como podemos cultivar uma sociedade mais integrada e solidária é não apenas necessária, mas urgente (Lacerda *et al.*, 2023).

A fragilidade dos laços sociais se manifesta, por exemplo, na dificuldade de estabelecer relações de confiança e no enfraquecimento dos mecanismos tradicionais de

apoio, como a família e a comunidade. O fenômeno das “sociedades líquidas”, conforme definido por teóricos contemporâneos, expõe a volatilidade e a efemeridade das relações interpessoais, que parecem incapazes de oferecer o suporte emocional necessário para enfrentar momentos de crise. Este cenário propicia o desenvolvimento de sentimentos como a solidão, o desamparo e a desesperança, reconhecidos como importantes preditores do suicídio (Oliveira *et al.*, 2024).

Além disso, a crescente mobilidade social e geográfica acentua essa fragilidade, levando os indivíduos a se distanciar de suas raízes e das redes de apoio que antes existiam. Esse deslocamento, muitas vezes impulsionado pela busca por melhores oportunidades, faz com que as pessoas se sintam mais isoladas em ambientes desconhecidos, onde as interações superficiais são a norma e as conexões significativas se tornam raras (Dyrbye *et al.*, 2020).

A falta de engajamento em comunidades locais apropriadas não apenas afeta a saúde mental, mas também contribui para uma maior desconexão entre indivíduos, dificultando a construção de redes de apoio alternativas. Outro aspecto a ser considerado é o impacto das redes sociais digitais, que, embora ofereçam uma forma de interação, muitas vezes substituem o contato humano genuíno (Pereira *et al.*, 2023).

O paradoxo das redes sociais gera uma ilusão de conexão: os indivíduos podem ter centenas de “amigos” online, mas frequentemente se sentem mais solitários do que nunca. A superficialidade dessas interações, marcada pela comparação constante e pela busca por validação, pode intensificar a sensação de inadequação e solidão. Assim, a tecnologia, que poderia servir como uma ponte, em muitos casos se torna um obstáculo, perpetuando a solidão e o sentimento de não pertencimento (Lacerda *et al.*, 2023).

Portanto, é essencial buscar soluções que revertam esse quadro alarmante. Fomentar espaços que incentivem a interação face a face, o diálogo aberto e o apoio mútuo são vitais para restaurar a confiança e a solidariedade nas relações sociais. Iniciativas comunitárias, como grupos de apoio emocional ou atividades sociais, podem ser fundamentais para reverter a solidão e criar um senso de pertencimento (McGowan *et al.*, 2020).

O fortalecimento dos laços familiares e a promoção de ambientes seguros para a expressão emocional também são passos importantes a serem dados. Neste contexto, a intervenção pública e a conscientização sobre a saúde mental devem ser aliadas na construção de uma sociedade mais coesa e solidária, onde a vulnerabilidade de cada um seja reconhecida e apoiada, ao invés de silenciada ou ignorada (Kessler *et al.*, 2022).

Em muitas comunidades, a perda dos espaços de convivência e o declínio das interações pessoais são agravados por fatores como a urbanização acelerada e a crescente desigualdade social. A marginalização de grupos minoritários, a discriminação e a exclusão social ampliam o risco de comportamentos autodestrutivos, visto que o indivíduo, ao se sentir rejeitado e desprovido de suporte, encontra no suicídio uma saída aparentemente inevitável para o sofrimento (Dyrbye *et al.*, 2020).

As consequências dessa realidade são alarmantes e demandam uma resposta coletiva. Programas que promovem a inclusão social e o fortalecimento de redes de apoio tornam-se essenciais para mitigar esse efeito devastador. A criação de espaços comunitários, onde pessoas de diferentes origens possam interagir, trocar experiências e construir laços de solidariedade, é um passo crucial (Oliveira *et al.*, 2024).

Além disso, campanhas de conscientização que abordem a saúde mental e a importância do diálogo sobre o suicídio podem ajudar a desestigmatizar o tema, permitindo que aqueles que sofrem busquem ajuda sem medo de julgamento. Iniciativas artísticas, culturais e esportivas também desempenham um papel fundamental (Kessler *et al.*, 2022).

A arte, em suas diversas formas, pode servir como um meio de expressão e autocuidado, enquanto atividades em grupo promovem um senso de pertencimento e camaradagem. Ao envolver a comunidade, é possível cultivar um ambiente que celebra a diversidade e respeita as individualidades, ajudando a reforçar a ideia de que cada vida tem valor (Lacerda *et al.*, 2023).

Adicionalmente, é imprescindível a participação de líderes locais, escolas e organizações não governamentais, que podem criar programas de mentoria e apoio emocional para jovens em situação de vulnerabilidade. Esses programas devem ser adaptados às necessidades específicas de cada comunidade, considerando suas características culturais e sociais. Assim, ao construir uma rede de apoio abrangente, podemos não apenas reduzir os índices de suicídio, mas também promover uma cultura de cuidado e respeito mútuo, onde cada voz é ouvida e valorizada (Martin *et al.*, 2020).

As transformações sociais impactam de maneira diversa os distintos grupos populacionais. Por exemplo, os idosos enfrentam o isolamento decorrente da ruptura de laços familiares, enquanto os jovens lidam com a pressão por desempenho e a incerteza quanto ao futuro. Ambos os casos ilustram como a fragilidade social se materializa em diferentes fases da vida, exigindo uma abordagem específica e uma atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde e dos gestores públicos (Pereira *et al.*, 2023).

Neste contexto, é fundamental reconhecer que, além das diferenças etárias, outros fatores como classe social, etnia e gênero também desempenham um papel crucial na vivência das transformações sociais. Por exemplo, as comunidades rurais frequentemente enfrentam desafios distintos em comparação às urbanas, com o acesso limitado a serviços de saúde e educação que acentuam a vulnerabilidade de seus membros. A diversidade cultural dessas comunidades, embora enriquecedora, também pode ser um elemento de exclusão se as políticas públicas não forem inclusivas e respeitarem as especificidades locais (Aguiar *et al.*, 2022).

A forma como as tecnologias emergentes influenciam a vida das pessoas também não pode ser ignorada. A digitalização, por exemplo, enquanto fornece novas ferramentas de comunicação e informação, pode intensificar a desigualdade para aqueles que não têm acesso adequado à internet ou habilidades digitais (Dyrbye *et al.*, 2020).

Esta situação é particularmente relevante para os idosos, que muitas vezes ficam à margem das inovações tecnológicas, exacerbando seu isolamento social. Portanto, é imperativo que as iniciativas de inclusão digital sejam implementadas, garantindo que todos os grupos tenham a oportunidade de se conectar e beneficiar-se das novas tecnologias (Monteiro, 2024).

Ademais, as intervenções sociais devem fomentar a criação de espaços de convivência que fortaleçam as redes de apoio entre os diferentes grupos, promovendo o diálogo intergeracional e a solidariedade coletiva. Ao abordar as lacunas que cada grupo enfrenta, os profissionais de saúde e os gestores públicos podem desenvolver programas que não apenas atendam às necessidades imediatas, mas também promovam um senso de comunidade e pertencimento (Martin *et al.*, 2020).

A mobilização da sociedade civil, através de projetos comunitários que incentivem a participação ativa dos cidadãos, é fundamental para construir uma teia social mais resiliente. A análise das transformações sociais deve ser contínua, com abordagens adaptativas que reconheçam a dinâmica das mudanças e suas repercussões em tempo real (Dyrbye *et al.*, 2020).

Por meio da pesquisa e da coleta de dados, é possível mapear as necessidades emergentes e ajustar as políticas de maneira a assegurar uma resposta rápida e eficaz às crises sociais que se apresentam. Essa vigilância constante deve ser acompanhada por uma vontade política significativa, capaz de transcender as barreiras burocráticas e implementar ações que verdadeiramente impactem a vida das pessoas em todas as idades e circunstâncias (Aguiar *et al.*, 2022).

A contextualização sobre a ideação suicida no ambiente social atual, discutindo fatores de risco individuais e coletivos, bem como os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde. Além disso, é fundamental considerar a influência das redes sociais, que, por um lado, podem oferecer suporte e ambientes de interação, mas, por outro, agravam a comparação social e alimentam a disseminação de conteúdos prejudiciais (Oliveira *et al.*, 2024).

O fenômeno do cyberbullying, muitas vezes oculto, eleva a vulnerabilidade entre os jovens, uma das faixas etárias mais afetadas pela ideação suicida. Campanhas de conscientização e programas educacionais nas escolas têm se mostrado eficazes para abordar esses temas, promovendo um ambiente onde os jovens se sintam seguros para expressar seus desafios e buscar ajuda (Pereira *et al.*, 2023).

Ademais, as políticas públicas precisam ser repensadas para incluir não apenas a assistência imediata, mas também um suporte prolongado que considere a saúde mental como prioridade. A integração de serviços de saúde mental ao sistema de saúde primário pode facilitar o acesso e garantir que a prevenção e o tratamento sejam adequados e contínuos. A formação de profissionais de saúde para identificar sinais de alerta e proporcionar intervenções precoce é outro aspecto crucial para combater essa epidemia silenciosa (Smith *et al.*, 2022).

A percepção e a manifestação da ideação suicida estão intrinsecamente ligadas ao contexto psicossocial e cultural dos indivíduos. Em muitas culturas, o estigma associado à doença mental e aos pensamentos suicidas dificulta o reconhecimento dos sinais e a busca por ajuda. Essa dinâmica é especialmente relevante em ambientes onde o sofrimento emocional é silenciado por normas culturais ou tradições rígidas (Oliveira *et al.*, 2024).

Compreender o papel dos fatores culturais é essencial para o desenvolvimento de intervenções que respeitem as especificidades dos grupos sociais, promovendo abordagens inclusivas e integradoras no cuidado à saúde mental (Zhang *et al.*, 2022).

Além disso, a intervenção precoce tem se mostrado fundamental na prevenção da ideação suicida, especialmente em comunidades onde o acesso ao tratamento psicológico é limitado. Programas de conscientização e educação, que busquem anular o estigma da doença mental, podem criar um ambiente mais seguro para que indivíduos compartilhem suas experiências e busquem apoio (Aguiar *et al.*, 2022).

As escolas, por exemplo, podem servir como um ponto de partida efetivo, promovendo a saúde mental entre os jovens e ensinando habilidades de resiliência que

lhes permitam lidar melhor com suas emoções e dificuldades, contribuindo assim para a diminuição do suicídio entre adolescentes (Zhang *et al.*, 2022).

Além disso, a integração de práticas tradicionais de cura com intervenções psicológicas modernas pode oferecer um apoio mais holístico, valorizando as crenças e práticas culturais dos indivíduos. Isso não apenas reforça o sentido de identidade e pertencimento, como também pode aumentar a eficácia dos tratamentos de saúde mental. Pesquisas indicam que o envolvimento da família e da comunidade nos processos de recuperação pode melhorar significativamente os resultados do tratamento e a estabilidade emocional dos indivíduos em risco (Lacerda *et al.*, 2023).

Essa abordagem integrada também pode ser especialmente benéfica em contextos de comunidades marginalizadas, onde as barreiras ao acesso a serviços de saúde mental são frequentemente exacerbadas por questões sociais e econômicas. O reconhecimento das práticas culturais como válidas e eficazes dentro do sistema de saúde pode criar um ambiente mais acolhedor, onde os indivíduos se sintam seguros para expressar suas preocupações sem medo de estigmas ou julgamentos (Oliveira *et al.*, 2024).

Além disso, programas de capacitação que incluem líderes comunitários podem facilitar a disseminação de informações sobre saúde mental, contribuindo para a desmistificação de tabus e promovendo a prevenção de transtornos. Esse fortalecimento da rede de apoio social é vital, pois a interação social e a construção de relações saudáveis têm um papel crítico na recuperação e na manutenção da saúde mental a longo prazo (Pereira *et al.*, 2023).

Por outro lado, a formação de profissionais de saúde mental em competências interculturais deve ser uma prioridade, garantindo que esses profissionais possuam não apenas conhecimento técnico, mas também uma sensibilidade cultural que os permite trabalhar em estreita colaboração com diferentes comunidades.

A formação e a adoção de métodos de cura que se alinhem com as tradições locais também podem resultar em uma melhor adesão a tratamentos, uma vez que os pacientes reconhecem sua relevância e conectividade com suas histórias pessoais e coletivas. Portanto, esse modelo de saúde mental, que une ciência e cultura, não é apenas uma tendência, mas uma necessidade urgente para promover um bem-estar duradouro e inclusivo (Monteiro, 2024).

A promoção de políticas públicas que incentivem a pesquisa e a formação de profissionais de saúde capacitados para lidar com a diversidade cultural é uma necessidade urgente. Tal esforço garantiria um atendimento mais sensível às nuances

sociais e culturais que afetam a saúde mental, favorecendo a criação de um sistema de saúde mais justo e equitativo (Celik *et al.*, 2021).

Assim, ao considerar a interseccionalidade das experiências humanas, poderemos avançar na batalha contra a ideação suicida e suas consequências devastadoras. Essa abordagem não só permite uma melhor compreensão dos fatores que contribuem para a saúde mental, mas também propõe um modelo de cuidado que integra a comunidade na busca por soluções.

Educação e conscientização são fundamentais nesse processo, pois ajudam a desestigmatizar as doenças mentais e a promover um ambiente seguro onde indivíduos de diferentes origens se sintam à vontade para buscar ajuda. Workshops, campanhas de sensibilização e programas de apoio psicológico nas escolas e comunidades se tornam instrumentos valiosos para construir uma rede de proteção em torno de indivíduos vulneráveis (Li *et al.*, 2021).

Além disso, é essencial fomentar parcerias entre instituições de saúde, organizações não governamentais e grupos comunitários. A colaboração interdisciplinar pode resultar em iniciativas inovadoras que atendem às necessidades específicas de populações diversas (Zhang *et al.*, 2022).

Essas parcerias devem ser tratadas como extensões do cuidado, oferecendo serviços que não apenas tratam, mas também previnem crises de saúde mental. É fundamental que esses programas sejam adaptados para refletir as realidades locais, levando em conta as tradições, as crenças e as práticas culturais que influenciam a forma como as pessoas percebem e lidam com a saúde mental (Lacerda *et al.*, 2023).

A alteração das narrativas em torno da saúde mental vai além do atendimento clínico; envolve uma mudança cultural profunda, onde o sofrimento é reconhecido e aceito como parte da experiência humana. Ao fortalecer a voz daqueles que enfrentam desafios, nós não apenas humanizamos o debate, mas também promovemos um sentido de pertencimento e solidariedade (Monteiro, 2024).

O apoio à saúde mental deve ser um esforço coletivo, onde todos na sociedade governantes, profissionais de saúde, educadores e cidadãos têm um papel a desempenhar na construção de um futuro mais esperançoso e inclusivo.

1.2. O Impacto do Estigma e a Importância do Debate Público

Um dos grandes entraves na luta contra o suicídio reside no estigma associado à

saúde mental. A sociedade, historicamente, tende a relegar comportamentos relacionados a transtornos psicológicos a um campo de tabu e preconceito. O estigma impede não só o reconhecimento dos sinais de sofrimento, mas também inibe a busca por ajuda, criando um ciclo de silêncio e isolamento que pode ter consequências trágicas (Zhang *et al.*, 2022).

É fundamental, portanto, promover uma mudança cultural que desmistifique a saúde mental e mostre a importância de se discutir abertamente sobre esses temas. Iniciativas de educação e conscientização são cruciais para transformar a forma como a sociedade vê os transtornos mentais. A implementação de programas nas escolas, nos ambientes de trabalho e nas comunidades pode ajudar a informar as pessoas sobre os sinais de alerta e a importância de cuidar da saúde mental, assim como se faz com a saúde física.

Além disso, é essencial que as políticas públicas incorporem recursos voltados para o tratamento e a prevenção do suicídio. Isso inclui o aumento do acesso a serviços de saúde mental, treinamento para profissionais e a criação de redes de apoio que possam atuar de maneira integrada. Ao proporcionar um ambiente onde as pessoas se sintam seguras para falar sobre suas lutas, podemos reduzir o estigma e encorajar mais indivíduos a buscar ajuda (Smith *et al.*, 2022).

É importante lembrar que a empatia desempenha um papel central no fortalecimento das conexões sociais. Escutar sem julgar, oferecer apoio emocional e estar presente para aqueles que estão passando por momentos difíceis pode fazer toda a diferença. Cada um de nós tem o poder de influenciar positivamente a vida de alguém, promovendo uma sociedade mais compreensiva e acolhedora, onde os diálogos sobre saúde mental sejam vistos não apenas como necessários, mas como naturais e vitais (McGowan *et al.*, 2020).

O debate público sobre o suicídio deve ser promovido de forma aberta e sem julgamentos, permitindo que o assunto seja discutido em espaços de diálogo que envolvam tanto especialistas quanto a comunidade em geral. A redução do estigma passa pela educação e pela humanização do discurso, de maneira a transformar a percepção social sobre os transtornos mentais. Quando o indivíduo se sente acolhido e compreendido, a possibilidade de buscar ajuda aumenta substancialmente, prevenindo o agravamento de quadros depressivos e outros fatores de risco (Zhang *et al.*, 2022).

Além disso, é fundamental que políticas públicas sejam implementadas para garantir o acesso a serviços de saúde mental de qualidade. Isso inclui a criação de linhas

de apoio, capacitação de profissionais e campanhas de conscientização que atinjam diferentes segmentos da população. A integração de abordagens multidisciplinares, envolvendo psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e outros profissionais, é essencial para oferecer um suporte abrangente (Monteiro, 2024).

Um ambiente escolar seguro e inclusivo, com a promoção de atividades que incentivem a saúde emocional dos jovens, também desempenha um papel crucial na prevenção do suicídio. Muitas vezes, as crises surgem em momentos de vulnerabilidade, e a criação de espaços onde os indivíduos possam expressar suas emoções, receber apoio e adquirir habilidades de enfrentamento pode ser transformadora (Oliveira *et al.*, 2024).

É necessário que a sociedade em geral se una em torno da causa, quebrando barreiras e silêncios que cercam o tema. Eventos comunitários, rodas de conversa, e debates abertos podem contribuir para uma cultura de acolhimento, onde a vulnerabilidade não seja vista como fraqueza, mas como uma parte comum da experiência humana. Ao promover a empatia, o respeito e a compreensão, é possível não apenas reduzir as taxas de suicídio, mas também criar uma rede de apoio que visa ao bem-estar coletivo, permitindo que cada indivíduo encontre seu caminho para a recuperação e a esperança (Lacerda *et al.*, 2023).

Iniciativas que estimulam o compartilhamento de experiências e promovem a escuta ativa são essenciais para a construção de uma rede de proteção social. Campanhas que retratam o suicídio e os transtornos mentais sob uma ótica de compaixão e empatia têm demonstrado resultados positivos na diminuição do preconceito e na criação de ambientes seguros para aqueles que necessitam de apoio (McGowan *et al.*, 2020).

Assim, a transversalidade de esforços entre mídia, setor educacional e áreas de saúde é crucial para a desconstrução dos preconceitos que cercam o suicídio. O incentivo a debates públicos e a divulgação de casos de superação podem servir como fontes de inspiração para indivíduos em situação de vulnerabilidade. Ademais, a presença de líderes comunitários e a participação ativa de organizações não governamentais podem estimular um ambiente de solidariedade que auxilie na identificação precoce dos fatores de risco (Zhang *et al.*, 2022).

Além disso, é fundamental que as políticas públicas voltadas para a saúde mental sejam ampliadas e integradas de maneira efetiva em todos os níveis da sociedade. A capacitação de profissionais que atuam em escolas e unidades de saúde para que possam reconhecer sinais de alerta é um passo importante nesse processo (Martin *et al.*, 2020).

A educação sobre saúde mental deve ser incluída no currículo escolar, abordando

temas como empatia, resiliência e estratégias de enfrentamento, para que as novas gerações cresçam com uma compreensão mais saudável e menos estigmatizada sobre o suicídio e questões correlatas (Oliveira *et al.*, 2024).

A complexidade do suicídio impõe desafios consideráveis para os setores envolvidos na prevenção e no tratamento dos transtornos associados. Entre os principais desafios, destaca-se a necessidade de integrar políticas públicas intersetoriais que consigam abordar simultaneamente os aspectos individuais e coletivos do sofrimento. A falta de recursos, a deficiência na capacitação dos profissionais e a insegurança quanto à efetividade das intervenções configuram barreiras que precisam ser superadas (Martin *et al.*, 2020).

Um dos caminhos apontados para o futuro é o investimento em programas comunitários que promovam saúde mental de forma contínua e preventiva. Tais programas podem incluir a oferta de serviços de atenção psicossocial, a capacitação de agentes comunitários e o desenvolvimento de estratégias educacionais que estimulem o autocuidado e a solidariedade. A interseção entre saúde, educação e assistência social se torna, desta forma, um ponto crucial para a disseminação de práticas que visem o bem-estar coletivo (Pereira *et al.*, 2023).

A tecnologia também desponta como uma ferramenta promissora na prevenção do suicídio. Aplicativos móveis, plataformas online e inteligência artificial podem ser empregados para monitorar sinais de risco e facilitar o acesso a informações e recursos de apoio. No entanto, é imperativo que essas inovações sejam utilizadas com critério e ética, garantindo a privacidade dos indivíduos e evitando a medicalização inadequada dos problemas sociais (Dyrbye *et al.*, 2020).

No cenário global, é esperado que a discussão sobre o suicídio se intensifique nos próximos anos, dado o contexto de instabilidade em diversas regiões do mundo. Questões como migrações forçadas, crises econômicas e conflitos políticos ampliam o risco de isolamento e desesperança, ressaltando a necessidade de uma resposta coordenada e baseada em evidências científicas. O fortalecimento da pesquisa e o incremento de dados estatísticos atualizados são fundamentais para orientar políticas públicas eficazes (Lacerda *et al.*, 2023).

1.3. Ideação Suicida: Medidas e Correlatos

1.3.1. Instrumentos de medida de ideação suicida

A avaliação da ideação suicida é essencial para a identificação precoce de indivíduos em risco e para a implementação de intervenções preventivas eficazes. Para tanto, diversos instrumentos psicométricos foram desenvolvidos e validados em diferentes contextos e populações, buscando captar as múltiplas dimensões dos pensamentos suicidas. Entre esses, destacam-se escalas que avaliam desde a frequência e intensidade dos pensamentos até a distinção entre ideação suicida ativa e passiva, assim como a presença de pensamentos positivos que funcionam como fatores protetores. Conforme discutido por Borsa, Damásio e Bandeira (2012), a validação transcultural desses instrumentos é crucial para assegurar sua aplicabilidade em contextos clínicos e de pesquisa no Brasil, garantindo consistência interna e validade fatorial.

Além disso, segundo Alchieri (2023), a escolha do instrumento adequado depende da finalidade da avaliação, da população-alvo e do ambiente em que será aplicado, pois diferentes escalas apresentam sensibilidades e especificidades variadas para detecção de risco. Ferramentas como o Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) têm se destacado por sua capacidade de discriminar entre níveis de risco e por seu uso frequente em contextos hospitalares e de emergência. A contínua atualização e adaptação desses instrumentos, alinhada à incorporação de indicadores positivos e negativos da ideação suicida, amplia a capacidade de avaliação, possibilitando a construção de perfis de risco mais precisos e intervenções individualizadas (Reynolds, 1991; Silva *et al.*, 2022).

No campo da avaliação da ideação suicida, diferentes instrumentos foram desenvolvidos para mensurar pensamentos, atitudes e comportamentos relacionados ao suicídio, com distintas abordagens conceituais e estruturais. Uma revisão sistemática conduzida por Ghasemi, Shaghghi e Allahverdipour (2015) identificou 15 instrumentos destinados especificamente à avaliação da ideação suicida, incluindo escalas clássicas como a *Beck Scale for Suicide Ideation* (BSI), *Suicidal Ideation Questionnaire* (SIQ), *Adult Suicidal Ideation Questionnaire* (ASIQ) e a *Suicide Probability Scale* (SPS). A maioria desses instrumentos foca unicamente na dimensão negativa da ideação suicida, avaliando a frequência, intensidade ou planejamento de pensamentos autodestrutivos. Em contraste, o PANSI, analisado no presente estudo, se destaca ao incorporar simultaneamente itens que avaliam tanto a presença de pensamentos suicidas (ideação negativa) quanto a existência de crenças protetivas e de valorização da vida (ideação positiva). Essa característica bifatorial diferencia o PANSI das demais escalas, permitindo uma compreensão mais abrangente do risco e da proteção em relação ao suicídio. Além disso, enquanto instrumentos como o SIQ e o BSI foram amplamente aplicados em

adolescentes e pacientes clínicos em contextos anglófonos, o PANSI demonstrou validade psicométrica robusta em diferentes culturas e populações, incluindo trabalhadores da saúde no Brasil, como demonstrado nesta pesquisa. Essas evidências apontam para a relevância do PANSI como medida sensível e culturalmente adaptável, alinhada às recomendações de Ghasemi *et al.* (2015) sobre a importância de instrumentos validados transculturalmente e que captem a complexidade dos fatores associados à ideação suicida.

No mesmo sentido, Andreotti *et al.* (2020) realizaram uma revisão sistemática que identificou 20 instrumentos utilizados para avaliação e prevenção do risco de suicídio, com destaque para as escalas BSI e C-SSRS que apresentaram maior frequência de uso nos estudos analisados. A BSI, composta por três seções que avaliam desde o desejo de morrer até tentativas de suicídio, é considerada de aplicação mais simples e pode ser autoadministrada, porém sua utilização ocorre, em geral, em pacientes já identificados como risco. Em contrapartida, a C-SSRS, com quatro subescalas que diferenciam ideação e comportamento suicida, apresenta maior abrangência e é empregada tanto em indivíduos com risco quanto em pessoas sem histórico prévio, sendo adaptada para mais de 100 países. Apesar de ambas apresentarem boa evidência psicométrica, cada uma possui limitações específicas e não há, até o momento, um instrumento que funcione como padrão ouro para avaliação do risco suicida. Dessa forma, os autores apontam para a necessidade de desenvolvimento de uma nova ferramenta que contemple, de forma integrada e objetiva, os múltiplos aspectos da suicidabilidade, facilitando a aplicação clínica e a compreensão do entrevistado. Com isso, conclui-se que, embora as escalas atualmente disponíveis sejam úteis, ainda há espaço para avanços na mensuração da ideação suicida.

1.3.2. Correlatos da ideação suicida

A ideação suicida está intimamente relacionada a diversos fatores psicológicos, sociais e ambientais, que interagem de maneira complexa para influenciar o risco de comportamento suicida. Evidências recentes indicam que transtornos mentais como depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático são preditores robustos da ideação suicida, especialmente em populações expostas a altos níveis de estresse, como trabalhadores da saúde (Lai *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2021). Além disso, o *burnout*, caracterizado por esgotamento emocional e despersonalização, tem sido apontado como um importante fator correlato, atuando como mediador da relação entre condições

laborais adversas e o desenvolvimento de pensamentos suicidas (Duarte *et al.*, 2022).

Além dos fatores psicológicos, o suporte social e a qualidade das relações interpessoais desempenham papel crucial na modulação da ideação suicida. Estudos indicam que o isolamento social e a ausência de redes de apoio aumentam significativamente o risco de pensamentos suicidas, enquanto estratégias de enfrentamento adaptativas e apoio emocional contribuem para a redução dessa ideação (Ribeiro *et al.*, 2016; Hawton *et al.*, 2016). Assim, intervenções preventivas devem considerar não apenas aspectos clínicos, mas também o fortalecimento do suporte social e a promoção de ambientes de trabalho mais saudáveis, sobretudo em setores que apresentam maior vulnerabilidade, como o da saúde.

A meta-análise conduzida por Holt *et al.* (2015) reuniu 47 estudos publicados entre 1999 e 2013 para examinar as associações entre envolvimento em *bullying* (como vítima, autor ou ambos) e indicadores de suicidialidade (ideação e comportamentos suicidas). Os resultados revelaram associações estatisticamente significativas e de magnitude moderada a alta entre todas as formas de envolvimento em *bullying* e ideação suicida, com oddsratios (OR) variando de 2,12 a 3,81. As maiores associações foram observadas entre o status de *bully-victim* (alvo e autor) e ideação (OR = 3,81) ou comportamento suicida (OR = 4,02). Moderadores como o país de origem do estudo e o tipo de instrumento utilizado para avaliar o *bullying* influenciaram a força das associações. Estudos realizados nos Estados Unidos, por exemplo, apresentaram ORs mais elevados. A análise também revelou que métodos baseados apenas em definições subjetivas e não comportamentais ampliaram os efeitos entre *bully-victim* e ideação suicida. Apesar da robustez metodológica, os autores destacam que o *bullying* é apenas um dos muitos fatores associados ao suicídio na adolescência, e que a força dessa associação tende a diminuir quando se controla por variáveis como depressão, ansiedade e problemas de conduta.

A revisão sistemática e meta-análise conduzida por Vancampfort *et al.* (2018) investigou a associação entre atividade física e ideação suicida, incluindo 29 estudos com 720.652 participantes, majoritariamente de delineamento transversal, com amostras de adolescentes, adultos e idosos. Os resultados indicaram que, embora a associação entre atividade física e ideação suicida em adolescentes seja inconsistente, estudos com adultos e idosos apontaram uma relação mais clara: níveis mais altos de atividade física estão associados a menor probabilidade de ideação suicida. A meta-análise revelou que indivíduos que atendem às diretrizes de atividade física apresentam menor chance de

ideação suicida ($OR=0,91$), enquanto não atender a essas diretrizes eleva esse risco ($OR=1,16$). Estar fisicamente ativo, em comparação a estar inativo, também conferiu efeito protetivo ($OR=0,87$), embora a inatividade por si só não tenha mostrado aumento significativo nas chances de ideação suicida. Estudos de intervenção, apesar de escassos, sugerem que programas de atividade física associados à terapia cognitivo-comportamental podem reduzir a ideação suicida, embora os dados ainda sejam limitados. Nos adolescentes, a relação é mais complexa, podendo ser influenciada por fatores como comorbidades psiquiátricas, distorções na imagem corporal e tipo de atividade praticada, como sugerem os achados de que a participação em esportes coletivos e o apoio social de treinadores e colegas podem ter um papel protetivo mais relevante do que o nível de atividade física em si.

A meta-análise de Stanley *et al.* (2018) reuniu 34 amostras independentes ($N = 14\,002$) e mostrou que a sensibilidade à ansiedade— avaliada globalmente e por domínios — está relacionada à suicidabilidade: a pontuação global de ansiedade apresentou associação pequena-a-moderada com ideação suicida ($r = .24$) e risco de suicídio ($r = .35$), enquanto o domínio cognitivo exibiu os vínculos mais fortes ($r \approx .24$ para ideação; $r \approx .32$ para risco), superando os efeitos, embora igualmente significativos, dos domínios físico ($r = .13$) e social ($r = .14-.25$). Esses efeitos foram, em geral, mais pronunciados em amostras com participantes mais velhos, maior proporção de homens (para ansiedade global) ou de mulheres (para ansiedade cognitiva e física) e níveis mais elevados de sintomas depressivos ou afetividade negativa. Assim, indivíduos que temem particularmente as consequências mentais da própria ansiedade parecem apresentar maior vulnerabilidade à ideação e ao risco suicida, acrescentando a ansiedade — sobretudo o componente cognitivo — ao conjunto de fatores psicossociais que se associam à ideação suicida identificado nos estudos de bullying e atividade física.

Dando continuidade à discussão dos fatores psicossociais associados à ideação suicida, a meta-análise de Souza *et al.* (2023) reforça o papel central dos transtornos mentais, particularmente o Transtorno Depressivo Maior (TDM), como preditores robustos dessa ideação em contextos educacionais. Com base em oito estudos — majoritariamente conduzidos na Ásia e em países de renda média — o TDM apresentou uma associação significativa com a ideação suicida ($OR = 3,89$; $IC\ 95\% = 2,46-6,17$), sendo esse efeito ainda mais forte em países asiáticos ($OR = 4,71$) do que nas Américas ($OR = 1,71$). A meta-análise identificou que essa associação foi mais pronunciada em adolescentes mais jovens, sugerindo que quanto menor a idade, maior o impacto da

depressão sobre a ideação suicida. Embora estudos anteriores tenham apontado possíveis diferenças por gênero, tal padrão não foi observado na presente análise. A influência do contexto socioeconômico também foi evidente, com taxas mais elevadas de ideação e tentativas de suicídio em países de baixa e média renda — onde se concentram 80% dos suicídios globais — o que reforça a urgência de políticas públicas de prevenção voltadas a essa faixa etária. Assim, somando-se à sensibilidade à ansiedade — especialmente em sua dimensão cognitiva — a presença de sintomas depressivos se destaca como um dos principais fatores associados à ideação suicida, particularmente em países em desenvolvimento.

1.3.3. Relações entre ideação suicida e acometimento de suicídio

A ideação suicida é um importante preditor do comportamento suicida, embora sua presença não implique necessariamente a consumação do suicídio. Estudos meta-analíticos demonstram que indivíduos que manifestam pensamentos suicidas apresentam odds ratios significativamente maiores para tentativas e suicídio consumado em comparação àqueles sem ideação (Franklin *et al.*, 2017). No entanto, a sensibilidade desses indicadores varia, e o Valor Preditivo Positivo (VPP) pode ser limitado, o que reforça a necessidade de avaliações multifacetadas que considerem outros fatores de risco e proteção (Ribeiro *et al.*, 2016).

De acordo com as análises compiladas por Franklin *et al.*, (2017) e reforçadas por orientações recentes da OMS (WHO, 2023), a ideação suicida deve ser compreendida dentro de um continuum de risco, que envolve múltiplas interações entre fatores psicológicos, biológicos e ambientais. O monitoramento contínuo e o desenvolvimento de modelos explicativos que integrem esses aspectos são fundamentais para a identificação precoce e a intervenção eficaz, contribuindo para a redução das taxas de suicídio, especialmente em populações vulneráveis como trabalhadores da saúde.

Apesar de frequentemente utilizada como marcador clínico de risco, a ideação suicida apresenta limitações importantes como preditor de suicídio. Uma meta-análise abrangente conduzida por McHugh *et al.* (2019), com mais de 4,6 milhões de participantes avaliados quanto à ideação suicida, revelou que embora exista uma associação estatisticamente significativa entre ideação e suicídio (OR = 3,41; IC95%: 2,59–4,49), essa associação apresenta força apenas moderada e é acompanhada de elevada heterogeneidade entre os estudos ($I^2 = 89,4$). Além disso, os indicadores de acurácia diagnóstica mostraram desempenho limitado: a sensibilidade foi de apenas 41%

(IC95%: 35–48), indicando que cerca de 60% das pessoas que morreram por suicídio não haviam expressado ideação suicida previamente, enquanto a especificidade foi de 86% (IC95%: 76–92), sendo maior em amostras não psiquiátricas. O VPP da ideação suicida foi extremamente baixo, de apenas 1,7% nos estudos longitudinais, mesmo em populações clínicas. O estudo destaca ainda que a proporção de pessoas com ideação suicida na amostra está positivamente associada à sensibilidade, mas inversamente à especificidade, sugerindo que a utilidade preditiva da ideação pode depender do contexto e da forma como é avaliada. Assim, embora a presença de ideação suicida possa representar um alerta clínico relevante, sua ausência não deve ser interpretada como ausência de risco, o que reforça a necessidade de abordagens mais amplas e integrativas na avaliação do risco de suicídio.

Em conjunto, os estudos revisados evidenciam as limitações da ideação suicida como preditor isolado de comportamento suicida. Embora seja um fator de risco relevante, sua presença é comum entre indivíduos que não tentam ou cometem suicídio (May & Klonsky, 2016), e sua ausência não exclui o risco (McHugh *et al.*, 2019). Além disso, a ideação nem sempre é comunicada verbalmente, sendo frequentemente expressa de forma indireta ou não verbal (Biddle *et al.*, 2020). Esses achados reforçam a necessidade de abordagens avaliativas mais amplas e contextualizadas, que considerem múltiplas fontes de informação, diferentes formas de expressão do sofrimento psíquico e a complexidade dos fatores envolvidos no risco suicida.

CAPÍTULO 2.DESCONFORTO PSICOLÓGICO

2.1.Depressão

A depressão é uma das condições de saúde mental mais prevalentes entre trabalhadores da saúde, afetando não apenas o bem-estar dos profissionais, mas também a qualidade do atendimento prestado aos pacientes. Estudos recentes indicam que a taxa de prevalência de depressão entre esses trabalhadores pode chegar a 36%, conforme relatado pela OMS (WHO, 2021). Este texto tem como objetivo conscientizar os profissionais da saúde sobre a importância da saúde mental e discutir diretrizes para a implementação de programas de apoio.

A depressão pode ser definida como um transtorno mental caracterizado por alterações significativas no humor, afetividade e funcionamento psicossocial. Do ponto de vista clínico, trata-se de uma condição que transcende a simples experiência de tristeza, representando um quadro patológico que afeta tanto os aspectos emocionais quanto os cognitivos e somáticos do indivíduo (Nunes *et al.*, 2022).

Conforme os critérios diagnósticos estabelecidos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a depressão se manifesta por um conjunto de sintomas que incluem humor deprimido, perda de interesse ou prazer em atividades previamente apreciadas, alterações no apetite e no sono, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração e, em casos mais severos, pensamentos recorrentes sobre a morte ou suicídio (Smith *et al.*, 2022).

Historicamente, o conceito de depressão evoluiu significativamente. Inicialmente, os sintomas foram atribuídos a um desequilíbrio dos humores corporais ou a explicações místicas, mas, com o avanço das neurociências e da psicopatologia, a compreensão deste transtorno passou a levar em consideração a complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (Martin *et al.*, 2020).

Pesquisas recentes demonstram que alterações em sistemas neurotransmissores – especialmente aqueles que envolvem serotonina, noradrenalina e dopamina – desempenham um papel crucial na etiologia da depressão, embora o cenário patofisiológico seja multifatorial, envolvendo também alterações neuroendócrinas e neuroinflamatórias (Aguiar *et al.*, 2022).

Do ponto de vista epidemiológico, a depressão é um dos transtornos mentais mais

prevalentes em todo o mundo, afetando milhões de pessoas independentemente de faixa etária, gênero ou condição socioeconômica. Sua apresentação clínica pode variar amplamente, desde formas mais leves, que apresentam sintomas sub-clínicos, até quadros parte de uma doença grave, com impacto significativo na qualidade de vida do indivíduo. Neste cenário, a compreensão dos mecanismos subjacentes e das variáveis que influenciam a manifestação dos sintomas é fundamental para o desenvolvimento de intervenções eficazes (Martin *et al.*, 2020).

Além das alterações neuroquímicas, a pesquisa tem destacado a influência dos fatores genéticos e ambientais na predisposição para a depressão. Estudos de associação genômica identificaram diversos loci que podem aumentar o risco para o desenvolvimento deste transtorno, enquanto fatores ambientais, tais como experiências de trauma, estresse crônico e condições adversas durante a infância, também se mostram determinantes na expressão clínica da doença (Aguilar *et al.*, 2022).

Dessa forma, a depressão representa um fenômeno multifacetado, no qual a interação entre predisposição biológica e fatores externos é determinante para a sua manifestação. A abordagem biopsicossocial tem se consolidado como um modelo explicativo robusto para a compreensão da depressão, permitindo integrar as múltiplas dimensões que compõem a doença (Oliveira *et al.*, 2024).

Este paradigma enfatiza a inter-relação entre processos biológicos – como a disfunção de circuitos neurais e alterações na atividade hormonal –, aspectos psicológicos – como padrões cognitivos negativos e processos de luto ou perda – e fatores sociais – incluindo isolamento social e dificuldades interpessoais –, contribuindo de maneira conjunta para o desenvolvimento e manutenção dos sintomas depressivos (Smith *et al.*, 2022).

Em síntese, a definição de depressão deve ser compreendida não apenas como um conjunto de sintomas isolados, mas como uma condição complexa caracterizada pela interação dinâmica de múltiplas variáveis. Essa compreensão multidimensional é essencial para a elaboração de estratégias terapêuticas que possam abordar, de forma eficaz, todos os aspectos envolvidos na manutenção e perpetuação do distúrbio (Celik *et al.*, 2021).

Os trabalhadores da saúde, frequentemente expostos a situações de alta pressão e estresse, enfrentam desafios únicos que podem agravar sua saúde mental. Além da carga emocional resultante do cuidado com pacientes gravemente enfermos, esses profissionais muitas vezes lidam com longas jornadas de trabalho, falta de recursos e um ambiente de

trabalho que pode ser tanto fisicamente quanto emocionalmente desgastante. Para enfrentar esses desafios, é fundamental que as instituições de saúde implementem redes de suporte robustas, que incluam programas de prevenção e intervenção em saúde mental (Celik *et al.*, 2021).

Uma abordagem eficaz envolve a criação de espaços seguros onde os funcionários possam expressar suas preocupações e emoções sem medo de estigmas ou represálias. Isso pode ser complementado por treinamentos regulares em gestão do estresse e autocuidado, que são cruciais para promover a resiliência entre os profissionais. Além disso, é vital a promoção de um ambiente de trabalho que priorize o bem-estar, com horários de trabalho flexíveis e a possibilidade de pausas regulares para descanso mental (WHO, 2021).

Outro aspecto importante é a disponibilização de serviços de aconselhamento psicológico acessíveis. Esses serviços devem ser confidenciais e integrados à rotina dos trabalhadores da saúde, permitindo que eles busquem ajuda de forma proativa. A telemedicina, que se tornou uma prática comum durante a pandemia de COVID-19, pode ser uma ferramenta valiosa para facilitar esse acesso, permitindo que os profissionais busquem suporte em momentos que se ajustem às suas complexas agendas (Kessler *et al.*, 2022).

Além disso, promover a educação contínua sobre saúde mental e suas implicações seria um passo positivo. Workshops e seminários regulares podem ajudar a destigmatizar a busca por ajuda e permitir que os profissionais reconheçam sinais de *burnout* e depressão, tanto em si mesmos quanto nos colegas. A criação de grupos de apoio entre pares pode complementar essas iniciativas, servindo como uma plataforma para o compartilhamento de experiências e estratégias de enfrentamento (Pereira *et al.*, 2023).

É crucial que as políticas de saúde pública incentivem a pesquisa e a coleta de dados sobre saúde mental entre trabalhadores da saúde, garantindo que as intervenções sejam baseadas em evidências.

Com ações coordenadas, é possível transformar a cultura de cuidado em saúde, priorizando não apenas a saúde dos pacientes, mas também a dos profissionais que os atendem. A saúde mental deve ser vista como uma prioridade, pois somente profissionais saudáveis poderão oferecer um cuidado de qualidade e compaixão (Martin *et al.*, 2020).

Vários fatores contribuem para o estresse e a carga emocional enfrentada por trabalhadores da saúde. O excesso de carga horária, a pressão para resultados, a exposição constante ao sofrimento humano e a falta de suporte institucional são algumas das

principais causas. Segundo estudo de Lima *et al.*, (2020), 46% dos profissionais da saúde relataram episódios de *burnout*, que estão frequentemente associados à depressão.

Além disso, as condições de trabalho, muitas vezes inadequadas, exacerbam esse quadro de desgaste emocional. A falta de recursos, como materiais essenciais e equipes suficientes, cria um ambiente propenso a erros e a uma sensação de impotência. Pesquisas sugerem que a falta de reconhecimento pelo esforço realizado também provoca uma desmotivação significativa, levando a um ciclo vicioso de estresse e insatisfação profissional.

Adicionalmente, a pandemia da COVID-19 acentuou esses problemas, colocando os trabalhadores da saúde em situações extremas de estresse e ansiedade. O temor constante de contaminação, aliado à responsabilidade de cuidar de pacientes em estado grave, aumentou ainda mais os índices de *burnout*, com alguns estudos apontando uma elevação de até 70% nos relatos de exaustão emocional entre esses profissionais. Isso levanta questões sobre a necessidade urgente de intervenções nas políticas de saúde e apoio psicológico (Nunes *et al.*, 2022).

É fundamental que as instituições de saúde implementem programas de bem-estar voltados para a saúde mental dos trabalhadores. Iniciativas como grupos de apoio, supervisão clínica e terapia ocupacional podem ser eficazes para mitigar os efeitos do estresse. Além disso, promover um ambiente de trabalho mais colaborativo, onde as vozes dos profissionais sejam ouvidas e valorizadas, pode ajudar na construção de um espaço mais saudável e menos opressivo (McGowan *et al.*, 2020).

A sociedade também desempenha um papel crítico nesse processo. É essencial aumentar a conscientização sobre as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores da saúde e fomentar uma cultura de respeito e valorização do seu trabalho. Investir na formação contínua desses profissionais e assegurar condições adequadas de trabalho são passos essenciais para garantir que continuem a oferecer cuidados de qualidade, sem comprometer sua saúde mental e emocional (Li *et al.*, 2021).

A depressão não afeta apenas os indivíduos, mas tem repercussões significativas na economia e na eficiência do sistema de saúde. Além disso, a depressão pode levar a uma diminuição da produtividade, com trabalhadores frequentemente incapazes de realizar suas tarefas de forma eficaz. O impacto é ainda mais pronunciado em setores que dependem de alto desempenho e criatividade, como tecnologia, educação e atendimento ao cliente. Um estudo recente indica que a perda total de produtividade associada à depressão pode ser tão alta quanto 50 bilhões de dólares anualmente em alguns países

(Nunes *et al.*, 2022).

As consequências financeiras não são as únicas preocupações. A depressão também exerce pressão sobre os sistemas de saúde, aumentando a demanda por serviços de saúde mental, o que, por sua vez, pode sobrecarregar recursos já limitados. Com menos profissionais qualificados para atender uma população crescente de pacientes, os tempos de espera para consultas podem se estender, exacerbando a condição mental dos indivíduos que necessitam de ajuda (Kessler *et al.*, 2022).

Assim, as estratégias de gerenciamento da saúde mental no local de trabalho estão se tornando cada vez mais relevantes. Organizações que implementam programas de bem-estar e iniciativas de apoio à saúde mental não apenas criam um ambiente de trabalho mais saudável, mas também podem observar melhorias significativas na moral dos funcionários e na retenção de talentos. O investimento em saúde mental é, portanto, tanto uma responsabilidade social quanto um imperativo econômico (WHO, 2021).

As políticas públicas também desempenham um papel crucial na mitigação dos efeitos da depressão na economia. A criação de programas de conscientização, acesso a tratamentos adequados e a promoção de ambientes de trabalho saudáveis são passos importantes que governos e instituições podem adotar para combater essa epidemia crescente.

Quando as intervenções são feitas a nível comunitário e corporativo, os benefícios podem se manifestar não apenas na vida dos indivíduos afetados, mas também na robustez da economia como um todo (Aguiar *et al.*, 2022).

Portanto, abordar a depressão sob essa perspectiva multifacetada é essencial para que possamos avançar como sociedade. Ao agir de maneira proativa e colaborativa, podemos melhorar a qualidade de vida de milhões, ao mesmo tempo em que fortalecemos a resiliência econômica e social das comunidades em que vivemos (WHO, 2021).

A depressão pode levar a uma diminuição da eficiência, comprometimento na qualidade do atendimento e até mesmo um aumento no número de erros médicos. Um estudo realizado por Nunes *et al.*, (2022) revelou que 30% dos profissionais da saúde com depressão relataram ter cometido um erro significativo em sua prática devido à sua condição mental.

A pesquisa também destacou que os profissionais da saúde que sofrem de depressão muitas vezes demonstram baixa satisfação no trabalho, o que pode resultar em rotatividade de pessoal e falta de compromisso com a instituição. Esses fatores não apenas afetam o bem-estar do funcionário, mas também geram um impacto negativo na qualidade

geral do atendimento ao paciente (Pereira *et al.*, 2023).

É essencial, portanto, implementar programas de suporte psicológico e estratégias de bem-estar dentro do ambiente médico. Diversas instituições têm buscado formas de apoiar os profissionais da saúde, como sessões de terapia em grupo e programas de treinamento sobre gestão do estresse. Essas iniciativas não só visam melhorar a saúde mental, mas também restaurar a eficiência e aumentar a qualidade dos serviços prestados (Oliveira *et al.*, 2024).

A promoção de um ambiente de trabalho saudável é fundamental, com uma cultura que valoriza a saúde mental. Além disso, ao fomentar a comunicação aberta sobre as dificuldades enfrentadas, as organizações de saúde podem contribuir para a normalização da discussão em torno da saúde mental, incentivando mais profissionais a buscarem ajuda quando necessário.

Por último, pesquisas adicionais são necessárias para explorar a relação entre saúde mental e práticas de trabalho. Estudos longitudinais, por exemplo, podem oferecer insights valiosos sobre como as condições emocionais dos profissionais de saúde evoluem ao longo do tempo e o impacto dessas flutuações na assistência ao paciente (Martin *et al.*, 2020).

Assim, a saúde mental dos trabalhadores da saúde deve ser vista como uma prioridade, não apenas para o bem-estar individual, mas também como uma questão crucial para a segurança e eficácia do sistema de saúde como um todo (Lacerda *et al.*, 2023).

É fundamental que as instituições de saúde reconheçam a importância de programas de suporte psicológico. Diretrizes propostas pela Sociedade Brasileira de Psicologia da Saúde (SBPS) sugerem a implementação de:

- Grupos de apoio e terapia em grupo.
- Capacitação para identificação de sinais de estresse e depressão.
- Políticas de trabalho flexível que permitam melhor equilíbrio entre vida pessoal e profissional.

Intervenções que abordem não apenas os aspectos clínicos, mas também o bem-estar emocional dos pacientes. Essas diretrizes destacam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, onde psicólogos, médicos e enfermeiros trabalhem juntos para criar um ambiente de cuidado holístico (Pereira *et al.*, 2023).

A primeira proposta é a inclusão de avaliações psicológicas regulares durante o tratamento, permitindo que os profissionais identifiquem precocemente sinais de

sofrimento emocional e possam intervir adequadamente. Além disso, a formação contínua de profissionais de saúde em habilidades de comunicação e empatia é vital para garantir que os pacientes se sintam ouvidos e validados em suas experiências (Zhang *et al.*, 2022).

Outra diretriz importante sugere a criação de grupos de apoio, onde pacientes e familiares possam compartilhar suas vivências, promovendo um senso de comunidade e compreensão mútua. Esses grupos são cruciais não somente para o apoio emocional, mas também para a troca de informações e estratégias de enfrentamento, diminuindo assim a sensação de isolamento que muitos enfrentam durante o processo de cura (Lacerda *et al.*, 2023).

Além disso, é essencial que as instituições de saúde desenvolvam programas de educação em saúde mental, que informem tanto pacientes quanto profissionais sobre a importância do bem-estar psicológico. Isso pode incluir workshops, seminários e materiais informativos que abordem as interrelações entre saúde física e mental, enfatizando que o tratamento eficaz vai além da cura dos sintomas físicos (WHO, 2021).

A implementação de políticas que garantam a acessibilidade a serviços de saúde mental é um passo fundamental. As barreiras financeiras, geográficas e culturais muitas vezes impedem que indivíduos recebam o suporte necessário. Assim, é de extrema importância que as instituições trabalhem em colaboração com órgãos governamentais e organizações não governamentais para promover uma saúde mais equitativa e abrangente (Zhang *et al.*, 2022).

Ao adotar essas diretrizes, as instituições de saúde não apenas melhoram a qualidade do atendimento, mas também contribuem para a construção de uma sociedade mais saudável e resiliente, onde a saúde mental é tão valorizada quanto a saúde física.

Programas como o de "Promoção da Saúde Mental" implementado no Hospital das Clínicas de São Paulo demonstraram redução significativa nos índices de *burnout* e depressão. Um estudo longitudinal mostrou uma queda de 40% nos sintomas de depressão após a implementação do programa (Pereira, *et al.*, 2023).

Outras iniciativas de saúde mental têm sido adotadas em várias instituições de saúde no Brasil, promovendo um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo. Por exemplo, a implementação de grupos de apoio psicológico e workshops de gestão de estresse têm se mostrado eficazes no fortalecimento da resiliência entre os profissionais da saúde. Esses grupos, que reúnem trabalhadores de diferentes áreas, propiciam um espaço seguro para a troca de experiências e a construção de redes de apoio, o que é crucial para lidar com os desafios diários da profissão (Dyrbye *et al.*, 2020).

A pesquisa realizada por de Sá *et al.*, (2023) apontou que 75% dos participantes que frequentaram essas atividades relataram uma melhora no estado emocional e um aumento no prazer em suas funções cotidianas. Adicionalmente, a abordagem multidisciplinar tem sido essencial, integrando psicólogos, assistentes sociais e médicos em um esforço colaborativo para promover não apenas a saúde mental, mas também o bem-estar geral dos profissionais.

Essas ações não só beneficiam os trabalhadores, mas também impactam positivamente a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes. Com profissionais mais motivados e emocionalmente estáveis, há uma melhora significativa na empatia e na atenção ao cliente, refletindo diretamente nos índices de satisfação dos pacientes. Esta relação positiva foi destacada em um relatório da OMS, que concluiu que as instituições que investem na saúde mental de seus funcionários conseguem gerar um ciclo virtuoso de melhoria contínua na assistência em saúde (Martin *et al.*, 2020).

É importante ressaltar que a sustentabilidade dessas iniciativas depende de um compromisso institucional e do suporte contínuo da administração dos hospitais. A formação de uma cultura organizacional voltada para o cuidado integral, incluindo a saúde mental, deve ser um dos pilares na estratégia de gestão, garantindo que os profissionais se sintam valorizados e assistidos em suas demandas emocionais (Kessler *et al.*, 2022).

2.1.1 Níveis de Gravidade

A estratificação da depressão em níveis de gravidade é fundamental para a tomada de decisões clínicas e a implementação de intervenções adequadas. A classificação dos graus de depressão visa identificar a extensão dos sintomas e o impacto funcional no indivíduo, proporcionando uma base para a determinação do tratamento mais adequado (Pereira *et al.*, 2023).

Geralmente, os níveis de gravidade podem ser classificados em leve, moderado e grave, embora alguns modelos proponham a inclusão de formas intermediárias ou categorização adicional considerando a presença de sintomas psicóticos ou recorrência episódica (Dyrbye *et al.*, 2020).

No escopo dos transtornos depressivos, a depressão leve é caracterizada por sintomas que, embora perceptíveis, não comprometem severamente a funcionalidade do

indivíduo. Pacientes com depressão leve podem apresentar humor deprimido, diminuição do interesse e alterações no sono, porém conseguem manter um certo nível de funcionamento nas suas atividades do cotidiano (Lacerda *et al.*, 2023).

Essa forma mais sutil do transtorno pode, por vezes, passar despercebida tanto pelo paciente quanto pelos profissionais de saúde, sendo necessário um olhar atento para a identificação precoce dos sinais. Em contraste, a depressão moderada é definida por um aumento na intensidade e na frequência dos sintomas depressivos. Neste estágio, o comprometimento da qualidade de vida torna-se mais evidente, com prejuízos nas relações interpessoais, no desempenho profissional ou acadêmico e na realização das atividades cotidianas (Oliveira *et al.*, 2024).

Os indivíduos podem apresentar uma maior resistência em responder a estímulos positivos, bem como dificuldade significativa em manter a motivação e a disposição para enfrentar desafios. A avaliação clínica em casos de depressão moderada geralmente exige intervenções combinadas, envolvendo psicoterapia e, quando apropriado, medicação antidepressiva (Martin *et al.*, 2020).

A forma mais severa da depressão é caracterizada por um quadro debilitante, no qual os sintomas podem ser acompanhados de alterações psicomotoras importantes, pensamentos autodepreciativos intensos e ideação suicida. Em alguns casos, a depressão grave pode se apresentar com sintomas psicóticos, tais como delírios ou alucinações, o que demanda uma abordagem terapêutica diferenciada e muitas vezes mais urgente (Martin *et al.*, 2020).

Os pacientes com depressão grave apresentam uma deterioração substancial na qualidade de vida, com potencial risco de incapacidade total para as atividades diárias e até mesmo risco de complicações com a autolesão. Dessa forma, a estratificação da gravidade não só orienta o tratamento, mas também serve como indicador da necessidade de intervenções imediatas e monitoramento rigoroso (Oliveira *et al.*, 2024).

Além da divisão em depressão leve, moderada e grave, alguns estudiosos enfatizam a importância de considerar fatores adicionais no processo de avaliação da gravidade. Entre esses, destacam-se a cronicidade do quadro, a presença de comorbidades (tais como transtornos ansiosos, abuso de substâncias e doenças crônicas) e a resposta prévia a tratamentos. Tais variáveis podem influenciar significativamente o prognóstico e a escolha terapêutica, sendo indispensável uma avaliação individualizada para cada paciente.

De modo complementar, é importante ressaltar que os graus de depressão podem

oscilar ao longo do tempo. Episódios depressivos podem variar em intensidade, e um paciente que inicialmente apresenta um quadro leve pode evoluir para formas mais complexas se não receber uma intervenção adequada. Assim, o acompanhamento longitudinal e a reavaliação constante dos sintomas são práticas recomendadas para se acompanhar a evolução do transtorno e ajustar as estratégias de tratamento conforme necessário (Martin *et al.*, 2020).

As intervenções para o tratamento da depressão englobam uma multiplicidade de estratégias terapêuticas, que podem ser adaptadas às necessidades e ao grau de gravidade apresentado por cada paciente. De maneira geral, as modalidades de tratamento dividem-se entre intervenções farmacológicas, psicoterapêuticas e, em alguns casos, intervenções combinadas, que buscam atuar de forma sinérgica para restabelecer o equilíbrio emocional e funcional do indivíduo (Oliveira *et al.*, 2024).

No âmbito farmacológico, os antidepressivos constituem a principal linha de tratamento. Estes medicamentos atuam na modulação dos sistemas neurotransmissores, como a serotonina, a noradrenalina e a dopamina, e sua eficácia tem sido comprovada em diversos estudos clínicos. Entre os antidepressivos mais utilizados destacam-se os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), os Inibidores da Recaptação de Noradrenalina e Serotonina (IRNS) e as classes de antidepressivos tricíclicos.

A escolha do agente farmacológico é feita a partir de uma avaliação criteriosa do perfil do paciente, considerando fatores como tolerabilidade, histórico de resposta a tratamentos anteriores e a presença de comorbidades. Além da farmacoterapia, a psicoterapia desempenha um papel crucial na abordagem da depressão. Terapias baseadas em evidências, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia Interpessoal (TIP), têm demonstrado significativos resultados na redução dos sintomas depressivos e na melhoria da funcionalidade do paciente (Monteiro, 2024).

A TCC, por exemplo, foca na identificação e reestruturação de padrões cognitivos disfuncionais que perpetuam o estado depressivo, enquanto a TIP enfatiza a resolução de conflitos interpessoais e a melhoria das habilidades de comunicação. Em muitos casos, uma abordagem combinada que integra o uso de medicamentos e a psicoterapia tem se mostrado mais eficaz do que cada intervenção isoladamente, evidenciando a necessidade de estratégias personalizadas e multidimensionais (Smith *et al.*, 2022).

Outras intervenções terapêuticas também têm sido exploradas, dentre as quais se destaca a Terapia Eletroconvulsiva (TEC) para casos de depressão grave, especialmente quando há risco iminente de suicídio ou quando os sintomas não respondem

adequadamente a outras modalidades de tratamento. Embora a TEC seja frequentemente vista como uma intervenção de último recurso, sua eficácia comprovada em determinados contextos clínicos reforça a importância de se dispor de um leque amplo de opções terapêuticas para o manejo dos transtornos depressivos (Nunes *et al.*, 2022).

Intervenções complementares, tais como a prática regular de exercícios físicos, a adoção de uma alimentação balanceada e a implementação de técnicas de relaxamento e meditação, também desempenham um papel relevante na melhoria dos sintomas depressivos. Evidências científicas apontam que a prática de atividade física regular pode promover mudanças neuroplásticas favoráveis, como o aumento da produção de fatores neurotróficos, que contribuem para a melhora do humor e da cognição (Dyrbye *et al.*, 2020).

Além disso, estratégias voltadas para o manejo do estresse, tais como a meditação mindfulness, têm sido associadas a uma redução na intensidade dos sintomas depressivos, funcionando como coadjuvantes importantes no processo terapêutico. A implementação de intervenções psicossociais, que podem incluir programas de suporte social, grupos de autoajuda e intervenções comunitárias, também é fundamental para o tratamento da depressão (Celik *et al.*, 2021).

Tais abordagens visam fortalecer os vínculos sociais e proporcionar um ambiente de apoio emocional, reduzindo o isolamento e promovendo a integração social. A eficácia desses programas é particularmente evidente em indivíduos que apresentam sintomas leves a moderados, onde a rede de apoio pode contribuir significativamente para o restabelecimento do bem-estar emocional e a prevenção de recaídas (Martin *et al.*, 2020).

2.2. Ansiedade

A saúde mental dos trabalhadores da área da saúde tem sido uma preocupação crescente, especialmente após os desafios impostos pela pandemia de COVID-19. Segundo a OMS, profissionais de saúde enfrentam uma carga emocional imensa, o que tem se traduzido em altos índices de ansiedade, depressão e *burnout*. Durante a pandemia, muitos desses profissionais trabalhavam longas horas em ambientes de alta pressão, levando a uma deterioração significativa do bem-estar mental (Kessler *et al.*, 2022).

Um estudo publicado em 2021 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) revelou que 67% dos médicos relataram sintomas de ansiedade, um aumento significativo em comparação com os dados coletados antes da pandemia. Além disso, uma pesquisa

realizada pelo Instituto de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) em 2022 indicou que 72% dos enfermeiros apresentavam níveis elevados de estresse, um número alarmante que ressalta a urgência no entendimento e manejo da saúde mental desses profissionais (Pereira *et al.*, 2023).

Esses dados preocupantes refletem não apenas a pressão intensa que os profissionais de saúde enfrentam diariamente, mas também a necessidade de uma abordagem mais robusta em relação ao apoio psicológico disponível para eles. O estresse constante, as longas jornadas de trabalho e a exposição a situações críticas podem levar a problemas sérios de saúde mental, como depressão e *burnout*, que podem impactar tanto a qualidade do atendimento quanto a vida pessoal dos trabalhadores da saúde (WHO, 2021).

A crescente incidência de problemas de saúde mental entre médicos e enfermeiros levantou um debate urgente dentro da comunidade médica e gestora. Algumas instituições começaram a implementar programas de bem-estar, oferecendo serviços de aconselhamento psicológico e grupos de suporte, além de ações para promover um melhor equilíbrio entre vida pessoal e profissional. No entanto, a eficácia dessas medidas ainda precisa ser avaliada de forma abrangente (McGowan *et al.*, 2020).

Além disso, a importância da formação e conscientização sobre saúde mental foi enfatizada como um componente crucial no currículo de medicina e enfermagem. A educação em habilidades de enfrentamento e técnicas de resiliência pode não apenas preparar os futuros profissionais para lidar com a pressão do trabalho, mas também ajudar a cultivar um ambiente que priorize o bem-estar psicológico (Zhang *et al.*, 2022).

A falta de apoio institucional e a estigmatização em buscar ajuda ainda são barreiras significativas que muitos profissionais enfrentam. Por fim, é evidente que um compromisso coletivo para melhor compreender e atender as necessidades emocionais dos trabalhadores da saúde não é apenas desejável, mas necessário para preservar a saúde deles e garantir a qualidade dos serviços prestados à população (Kessler *et al.*, 2022).

Dados estruturais revelam que a ansiedade entre trabalhadores da saúde não é um fenômeno recente, mas teve um aumento exponencial nas situações de crise de saúde pública. Um levantamento feito pelo Ministério da Saúde em 2023 apontou que 49% dos profissionais de saúde brasileiros relataram sentir a necessidade de procurar ajuda psicológica ao longo do último ano. Este dado é corroborado por uma meta-análise de estudos brasileiros publicados entre 2019 e 2023, que encontrou uma prevalência média de 48% de transtornos de ansiedade entre médicos, enfermeiros e outros profissionais da

saúde (Pereira *et al.*, 2023).

Os efeitos da ansiedade são multifacetados, impactando não apenas o bem-estar individual, mas também a qualidade do atendimento ao paciente. Dados do CFM mostram que 40% dos profissionais da saúde relataram que a sua saúde mental impactou negativamente a atenção que conseguem oferecer aos pacientes. Esse elevado índice de comprometimento coloca em risco tanto a saúde dos profissionais quanto a dos pacientes que atendem (Nunes *et al.*, 2022).

A falta de suporte emocional e psicológico para os profissionais da saúde agrava ainda mais essa situação. Muitos desses trabalhadores enfrentam longas jornadas, alta carga de estresse e, muitas vezes, a ausência de um ambiente colaborativo e acolhedor.

Essa pressão constante pode levar a um ciclo vicioso de exaustão, onde a empatia e a eficácia no atendimento diminuem, levando a um aumento na insatisfação dos pacientes. Os estudos indicam que profissionais que se sentem apoiados e valorizados são mais propensos a oferecer um atendimento de melhor qualidade, refletindo diretamente na recuperação e no bem-estar dos pacientes (McGowan *et al.*, 2020).

Uma abordagem eficaz para mitigar os efeitos da ansiedade é a implementação de programas de saúde mental nas instituições de saúde. Esses programas podem incluir desde workshops de gestão do estresse até sessões regulares de terapia e aconselhamento, criando um espaço seguro para que os profissionais compartilhem suas experiências e se sintam compreendidos. Além disso, promover uma cultura de autocuidado e empatia dentro das equipes de saúde pode fazer uma diferença significativa, ajudando os profissionais a lidarem melhor com suas emoções e a oferecerem a atenção que os pacientes merecem (Zhang *et al.*, 2022).

Por último, é fundamental que a comunidade e as gestões de saúde reconheçam a importância de priorizar a saúde mental dos profissionais. Investir em treinamentos e recursos adequados não só melhora a qualidade do atendimento, mas também contribui para uma sociedade mais saudável e resiliente. Portanto, entender que o cuidado com o cuidador é uma parte imprescindível do sistema de saúde é o primeiro passo para garantir que tanto os profissionais quanto os pacientes possam gozar de um atendimento digno e de qualidade (Pereira *et al.*, 2023).

A relação entre a saúde mental e o desempenho profissional em ambientes de saúde é complexa. Profissionais com elevada ansiedade tendem a apresentar maior propensão a erros médicos, atrasos no atendimento e taxas mais elevadas de absenteísmo. Essa situação gera um ciclo vicioso, onde a pressão para atender a uma fila crescente de

pacientes colide com o bem-estar mental comprometido desses trabalhadores. Além disso, a estigmatização da saúde mental em ambientes de trabalho restringe o acesso a cuidados adequados (Dyrbye *et al.*, 2020).

Esse cenário não afeta apenas os profissionais de saúde, mas reverbera também na qualidade do atendimento ao paciente, resultando em um ciclo de insatisfação geral. Quando a equipe de saúde não está em sua melhor forma mental, os pacientes podem sentir essa tensão, o que pode resultar em experiências de atendimento menos empáticas e eficazes. Os pacientes, por sua vez, podem desenvolver desconfiança no sistema de saúde, prejudicando ainda mais a relação entre profissionais e usuários (Kessler *et al.*, 2022).

É vital que as instituições de saúde reconheçam a importância da saúde mental de seus funcionários e implementem políticas proativas que promovam um ambiente de trabalho mais saudável. Iniciativas como treinamentos de autocuidado, acesso a serviços de saúde mental e a criação de uma cultura de suporte podem transformar a realidade vivida nas unidades de atendimento. Além disso, a promoção de diálogos abertos sobre saúde mental pode ajudar a desestigmatizar questões que antes eram consideradas tabu, encorajando os profissionais a buscarem ajuda quando necessário (WHO, 2021).

Investir na saúde mental da equipe não é apenas uma responsabilidade moral, mas também uma estratégia inteligente de gestão. Profissionais saudáveis e satisfeitos tendem a ser mais produtivos, o que se traduz em melhor qualidade no atendimento ao paciente. Neste contexto, a saúde mental deve ser vista como um pilar fundamental da gestão de unidades de saúde, garantindo não apenas o bem-estar dos trabalhadores, mas também a segurança e a satisfação dos pacientes. Assim, a criação de um ciclo virtuoso se torna possível, onde a saúde mental e produtividade caminham lado a lado, beneficiando a todos (WHO, 2021).

A pesquisa da USP mostra que apenas 30% dos profissionais buscavam tratamento psicológico, evidenciando a falta de apoio e compreensão dos serviços de saúde mental. Um dos fatores identificados foi a dificuldade em conciliar o tratamento com as exigências do trabalho, levando à normalização da sobrecarga emocional. Os gestores de saúde precisam estar cientes desta realidade e implementar estratégias que promovam um ambiente de trabalho mais saudável e menos estressante (WHO, 2021).

Uma abordagem eficaz poderia incluir a integração de programas de bem-estar mental dentro das empresas, proporcionando recursos como sessões de terapia em grupo, workshops de gerenciamento de estresse e acesso a consultórios psicológicos nas próprias

dependências da organização. Além disso, campanhas de conscientização podem ajudar a desestigmatizar a busca por ajuda, incentivando mais profissionais a se sentirem confortáveis ao discutir suas lutas emocionais (Celik *et al.*, 2021).

É vital que os líderes organizacionais participem ativamente dessa transformação cultural, promovendo uma comunicação aberta sobre saúde mental. Treinamentos sobre empatia e escuta ativa são cruciais para que os gestores possam identificar sinais de desgaste emocional em suas equipes e agir de maneira proativa. Quando os colaboradores percebem que suas preocupações são ouvidas e levadas a sério, a confiança no ambiente de trabalho aumenta, resultando em uma maior disposição para buscar apoio quando necessário (Nunes *et al.*, 2022).

Políticas de flexibilidade no trabalho, tal como horários alternativos ou a possibilidade de trabalho remoto, podem ser uma solução significativa para ajudar os funcionários a equilibrar suas responsabilidades profissionais e pessoais, reduzindo o estresse e promovendo um melhor estado mental. Investir em pausas regulares durante a jornada de trabalho e promover a prática de atividades físicas também se mostraram benéficos para a saúde mental dos colaboradores, oferecendo momentos valiosos de descontração e energização (Oliveira *et al.*, 2024).

O monitoramento contínuo do bem-estar psicológico dos colaboradores através de pesquisas regulares pode ajudar a identificar áreas problemáticas e medir a eficácia das iniciativas implementadas. A partir de um diagnóstico claro das necessidades dos funcionários, as empresas podem ajustar suas estratégias de maneira mais eficaz, criando um ciclo virtuoso que contribua para um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo (Smith *et al.*, 2022).

A ansiedade entre trabalhadores da saúde é um problema sério que requer atenção imediata de gestores e organizações de saúde. Os dados revelam a magnitude do problema e a urgência em proporcionar condições de trabalho que respeitem e priorizem a saúde mental desses profissionais. Ao implementar as recomendações acima, é possível não apenas melhorar o bem-estar dos trabalhadores da saúde, mas também garantir uma melhor qualidade de atendimento aos pacientes, beneficiando assim todo o sistema de saúde (Aguiar *et al.*, 2022).

Além disso, a implementação de programas de apoio psicológico e a promoção de um ambiente de trabalho positivo são etapas cruciais para reduzir a ansiedade entre esses profissionais. Workshops sobre gerenciamento de estresse, atividades de “team building” (construção de equipe) e sessões de terapia em grupo podem ser eficazes na construção

de um ambiente mais colaborativo e saudável. É essencial que as instituições de saúde reconheçam a importância do autocuidado e incentivem os trabalhadores a respeitar seus limites (Pereira *et al.*, 2023).

Os gestores também devem considerar a inclusão de feedback regular dos funcionários na formulação de políticas que afetam sua saúde mental. A criação de canais de comunicação onde os trabalhadores possam expressar suas preocupações e sugestões é um passo importante para assegurar que eles se sintam ouvidos e valorizados. Além disso, a prática de escalonamentos adequados e a garantia de folgas regulares são indispensáveis para evitar a sobrecarga e o *burnout*, problemas alarmantes que têm se tornado cada vez mais comuns na área da saúde (Martin *et al.*, 2020).

Outro aspecto fundamental é a formação contínua. Profissionais de saúde bem treinados em habilidades de comunicação e manejo de estresse estão mais preparados para lidar com situações adversas e oferecem um atendimento de maior qualidade aos pacientes. Cursos e palestras sobre saúde mental podem capacitar esses trabalhadores, proporcionando-lhes ferramentas para gerenciar sua própria saúde emocional enquanto cuidam dos outros (WHO, 2021).

As organizações de saúde devem também reconhecer a interconexão entre a saúde dos trabalhadores e a qualidade do atendimento prestado. Estudos demonstram que equipes de saúde que operam em ambientes onde o bem-estar é priorizado têm taxas mais altas de satisfação no trabalho e, consequentemente, apresentam melhores resultados nos cuidados com os pacientes (Celik *et al.*, 2021).

Assim, investir na saúde mental dos trabalhadores pode ser visto não apenas como uma responsabilidade ética, mas também como uma estratégia inteligente que melhorará a eficiência de todo o sistema de saúde (Monteiro, 2024).

Se a situação não for abordada de maneira urgente e efetiva, corre-se o risco de que os profissionais de saúde se sintam desmotivados e sobrecarregados, o que poderá levar a uma alta rotatividade e escassez de mão de obra nesse setor vital. Portanto, é imperativo que todos os stakeholders se unam para criar um ambiente de trabalho que não apenas atenda às necessidades físicas dos profissionais de saúde, mas também promova o seu bem-estar emocional e psicológico. A saúde de toda a população depende, indiscutivelmente, da saúde de quem cuida dela (Aguiar *et al.*, 2022).

O investimento na saúde mental dos trabalhadores da saúde não é apenas uma necessidade ética, mas também uma exigência prática para assegurar a eficiência do setor. A construção de um ambiente de trabalho onde a saúde mental é valorizada deve ser uma

prioridade para todos os envolvidos na administração da saúde pública e privada (Kessler *et al.*, 2022).

2.2.1 Aspectos Gerais dos Transtornos de Ansiedade

Os transtornos de ansiedade constituem um grupo de condições psiquiátricas caracterizadas pela resposta exagerada do sistema nervoso a estímulos de percepção ameaçadora, mesmo que estes possam ser de natureza hipotética ou ambígua. Fisiologicamente, os transtornos de ansiedade estão associados à hiperatividade do sistema límbico, particularmente da amígdala, e a desequilíbrios em neurotransmissores como a serotonina, noradrenalina e ácido gama-aminobutírico (GABA) (Lacerda *et al.*, 2023).

Entre os indicadores comuns a esses transtornos, destacam-se sintomas como inquietação, irritabilidade, tensão muscular, dificuldade de concentração e alterações no sono. Tais manifestações podem afetar significativamente o desempenho profissional, acadêmico e as relações interpessoais, evidenciando a inter-relação entre fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Estudos epidemiológicos mostram que os transtornos de ansiedade, quando não tratados, podem evoluir para condições crônicas com maiores consequências para a saúde mental e física (WHO, 2021).

Outros aspectos gerais incluem a presença de respostas de luta ou fuga mal moduladas e a ativação persistente do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA). Essa resposta, embora adaptativa em situações de risco imediato, torna-se disfuncional quando ativada de forma crônica, contribuindo para a manutenção dos sintomas ansiosos. Assim, a compreensão dos mecanismos neurobiológicos associados a esses transtornos tem sido fundamental para o desenvolvimento de terapias psicofarmacológicas e intervenções psicossociais (Zhang *et al.*, 2022).

A interdisciplinaridade das abordagens de tratamento envolvendo psicoterapia, farmacoterapia e estratégias complementares reforça a complexidade do diagnóstico e manejo desses transtornos. Em suma, os transtornos de ansiedade revelam a interação entre predisposições genéticas, eventos estressantes da vida e fatores de personalidade, promovendo uma diversidade de apresentações clínicas que necessitam de atenção especializada (Pereira *et al.*, 2023).

2.2.2. Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) caracteriza-se por uma preocupação excessiva e persistente com diversas áreas da vida, como trabalho, saúde, finanças e relacionamentos interpessoais. Esse estado de apreensão é frequentemente desproporcional em relação à situação real e ocorre na maioria dos dias, estendendo-se por pelo menos seis meses, conforme os critérios estabelecidos pelo DSM-5 (Oliveira *et al.*, 2024).

Entre os principais sintomas manifestados por pacientes com TAG, encontra-se a dificuldade em controlar a preocupação, sensação constante de tensão, irritabilidade, fadiga, e dificuldades de concentração. Adicionalmente, sintomas de natureza somática, como dores musculares, insônia e desconforto gastrointestinal, são frequentemente reportados. Esses indicadores não apenas dificultam o funcionamento diário, mas também podem levar ao desenvolvimento de complicações secundárias, tais como depressão e transtornos de sono (WHO, 2021).

Além disso, o TAG pode impactar significativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados, prejudicando tanto suas relações sociais quanto seu desempenho profissional. Muitas vezes, as pessoas com esse transtorno evitam situações que possam aumentar sua ansiedade, levando à solidão e dificuldade em formar novas conexões. Isso pode criar um ciclo vicioso, onde a solidão e a falta de apoio social exacerbam os sintomas de ansiedade (Pereira *et al.*, 2023).

A gestão do TAG requer uma abordagem multidisciplinar que pode incluir TCC, prática de exercícios físicos, técnicas de relaxamento e, em alguns casos, medicamentos ansiolíticos ou antidepressivos. A TCC, em particular, tem se mostrado eficaz na reestruturação de padrões de pensamento que alimentam a preocupação crônica, ajudando o paciente a desenvolver estratégias mais saudáveis para lidar com o estresse e a incerteza.

É importante que aqueles que convivem com o TAG busquem ajuda profissional, pois o tratamento adequado pode levar a uma melhora significativa no bem-estar e na funcionalidade diária. O suporte de familiares e amigos também é crucial neste processo, oferecendo uma rede de apoio que pode ajudar a reduzir a sensação de solidão e promover uma melhor aceitação emocional das batalhas enfrentadas (Li *et al.*, 2021).

Ademais, a compreensão sobre a natureza do transtorno é fundamental tanto para o paciente quanto para as pessoas ao seu redor. Educando-se sobre o TAG, os indivíduos

podem combater o estigma frequentemente associado a problemas de saúde mental e criar um ambiente mais acolhedor e propício à recuperação. Não obstante, a sociedade, em geral, deve fomentar uma cultura de empatia e compreensão, promovendo iniciativas que incentivem a abertura de diálogos sobre saúde mental e a importância da busca atempada por ajuda (Oliveira *et al.*, 2024).

Os mecanismos neurobiológicos do TAG envolvem a hiperatividade do sistema nervoso autônomo e a disfunção em áreas cerebrais responsáveis pelo processamento emocional. Estudos com neuroimagem apontam para alterações na estrutura e função da amígdala e do córtex pré-frontal, áreas diretamente implicadas na regulação do medo e da ansiedade. Além disso, a resposta inflamatória e desequilíbrios neuroquímicos têm sido identificados como possíveis fatores que agravam os sintomas do TAG (Kessler *et al.*, 2022).

Do ponto de vista psicodinâmico, o TAG pode ser compreendido como uma dificuldade em lidar com incertezas e com a ambivalência intrínseca às relações interpessoais. O ciclo de preocupação perpetua-se através de um modelo de reforço negativo, onde o alívio temporário experimentado após a fuga ou evitamento de situações angustiantes consolida os padrões de comportamento ansioso. Dessa forma, a intervenção terapêutica muitas vezes recorre a abordagens cognitivo-comportamentais que visam modificar os pensamentos disfuncionais e promover a exposição gradual às situações temidas (Aguiar *et al.*, 2022).

Indicadores adicionais que auxiliam no diagnóstico do TAG incluem a presença de sintomas físicos acompanhados de sentimentos de apreensão sem causa imediata e a constatação de um padrão de preocupação que se estende a várias esferas da vida. O reconhecimento precoce desses sinais é crucial para a implementação de estratégias de manejo e para a prevenção de complicações mais severas (Kessler *et al.*, 2022).

Em termos de tratamento, a abordagem multimodal tende a ser a mais eficaz. Intervenções farmacológicas, como o uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e benzodiazepínicos, associadas à terapia cognitivo-comportamental, têm demonstrado resultados positivos na redução dos sintomas e na melhoria do funcionamento global dos pacientes (Martin *et al.*, 2020).

Pesquisas recentes também incentivam o uso de intervenções baseadas na atenção plena (mindfulness) e na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) como complemento às abordagens tradicionais.

2.2.3. Transtorno de Ansiedade Social - Fobia Social

O Transtorno de Ansiedade Social, comumente denominado Fobia Social, é caracterizado por um medo intenso e persistente de situações sociais ou de desempenho onde o indivíduo pode estar sujeito a avaliações negativas ou humilhação. Este transtorno pode ser visto tanto como uma manifestação de preocupação com o julgamento dos outros quanto como um mecanismo de evitação de interações sociais que possam gerar desconforto (Aguiar *et al.*, 2022).

As manifestações clínicas da Fobia Social incluem sintomas de ansiedade intensa ao antecipar ou confrontar situações sociais, tais como apresentações em público, reuniões sociais, encontros interpessoais e até situações cotidianas como fazer uma ligação telefônica. Os sintomas podem surgir de forma aguda, com taquicardia, sudorese, tremores e sensação de calor, interferindo de maneira severa na vida do indivíduo (Kessler *et al.*, 2022).

Indicadores diagnósticos que se destacam neste transtorno são o reconhecimento por parte do paciente de que o medo é desproporcional à situação e a evitação ativa de situações sociais. Em muitos casos, a Fobia Social é acompanhada por sentimentos de vergonha e autocrítica exacerbada, o que pode levar ao isolamento e ao comprometimento das relações interpessoais. Estudos apontam ainda para a ocorrência de pensamentos automáticos negativos, que reforçam a expectativa de rejeição e julgamento (Nunes *et al.*, 2022).

O impacto da Fobia Social não se limita apenas ao bem-estar emocional do indivíduo, mas também pode afetar sua vida profissional e acadêmica. Muitas pessoas com esse transtorno podem evitar entrevistas de emprego, evitando assim oportunidades de crescimento e progresso na carreira. No contexto escolar, alunos com Fobia Social frequentemente evitam participações em grupos, perdendo experiências valiosas de interação e aprendizado colaborativo (Martin *et al.*, 2020).

Além disso, a Fobia Social pode agravar condições relacionadas, como depressão e outros transtornos de ansiedade, criando um ciclo vicioso difícil de romper. A falta de interação social pode intensificar sentimentos de solidão e inutilidade, ao mesmo tempo que a ansiedade impede a busca por ajuda, pois os indivíduos temem ser julgados por sua condição (Kessler *et al.*, 2022).

Embora o tratamento da Fobia Social seja frequentemente desafiador, existem

abordagens terapêuticas eficazes que podem ajudar os indivíduos a gerenciar seus sintomas. A TCC tem se mostrado particularmente benéfica, pois ajuda a reestruturar pensamentos negativos e fornece estratégias para enfrentar situações temidas. Algumas intervenções também incluem terapia de exposição, onde o paciente é gradualmente exposto às situações que provoca ansiedade, ajudando a dessensibilizar a resposta de medo (Oliveira *et al.*, 2024).

No que concerne ao aspecto medicamentoso, como ISRS, são frequentemente utilizados em conjunto com a terapia, oferecendo um alívio dos sintomas físicos da ansiedade. O suporte de grupos de autoajuda e comunidades também pode desempenhar um papel positivo, encorajando a troca de experiências e a sensação de pertencimento entre os que enfrentam desafios semelhantes (Oliveira *et al.*, 2024).

Importante ressaltar que a conscientização sobre a Fobia Social deve ser promovida na sociedade, a fim de reduzir o estigma em torno das questões de saúde mental. Compreender que o transtorno é uma condição tratável e que as pessoas que a vivenciam merecem apoio é fundamental para criar um ambiente mais inclusivo que permita a expressão e a aceitação.

A base neurobiológica da Fobia Social envolve o hiperfuncionamento da amígdala e de circuitos neurais relacionados ao processamento emocional e à regulação da ansiedade. Pesquisas com ressonância magnética funcional indicam que indivíduos com Fobia Social apresentam maior ativação em áreas cerebrais ligadas à percepção de ameaças sociais, mesmo em situações neutras. Essa hiperatividade pode ser modulada pelo uso de terapias farmacológicas e intervenções psicoterapêuticas específicas (Li *et al.*, 2021).

Do ponto de vista terapêutico, a TCC tem se mostrado a abordagem de eleição, com protocolos que incluem a reestruturação cognitiva, a prática de exposição gradual e, em alguns casos, técnicas de treinamento em habilidades sociais. A eficácia desses métodos reside na sua capacidade de promover, ao longo do tempo, mudanças nos padrões de pensamento e comportamentos evitativos, permitindo que o indivíduo reconquiste autonomia nas interações sociais.

Em adição, intervenções farmacológicas, utilizando ISRS, podem contribuir para a redução dos sintomas ansiosos, preparando o terreno para que as abordagens psicoterapêuticas sejam mais eficazes. A avaliação do grau de comprometimento e a identificação dos principais desencadeadores do medo social são essenciais para o delineamento de um plano terapêutico personalizado, que leve em consideração as

necessidades e as características individuais de cada paciente (Kessler *et al.*, 2022).

A Fobia Social representa, assim, um desafio significativo para o diagnóstico diferencial, uma vez que os sintomas podem simular ou coexistir com outras condições, como o TDM e o transtorno obsessivo-compulsivo. Portanto, a precisão na delimitação dos sintomas e a utilização criteriosa de instrumentos de avaliação padronizados são fundamentais para a definição de um diagnóstico acurado e para a condução de intervenções terapêuticas assertivas (Oliveira *et al.*, 2024).

2.2.4. Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS)

O Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) é caracterizado por uma intensa ansiedade e angústia quando o indivíduo é separado de figuras de apego, geralmente os pais ou cuidadores primários. Embora seja frequentemente diagnosticado em crianças, o TAS pode manifestar-se também em adultos, onde as experiências de separação e abandono moldam o padrão ansioso e influenciam as relações interpessoais.

O TAS pode se manifestar de várias maneiras, incluindo preocupações excessivas com a possibilidade de perder entes queridos, medo de ficar longe de casa ou relutância em ir à escola ou a outros lugares onde a separação ocorre. Os sintomas podem incluir queixas físicas, como dores de cabeça ou estômagos, que surgem quando o indivíduo antecipa a separação (Nunes *et al.*, 2022).

Além disso, é comum que pessoas com TAS desenvolvam comportamentos de evitação, que podem limitar o seu cotidiano e impactar negativamente a sua qualidade de vida. A TCC tem se mostrado eficaz no tratamento do TAS, focando na identificação e reestruturação de padrões de pensamento disfuncionais que alimentam a ansiedade (Monteiro, 2024).

Os terapeutas ajudam os pacientes a desenvolver habilidades de enfrentamento, incentivando a exposição gradual a situações de separação e a construção de uma rede de apoio emocional. Os pais e cuidadores também desempenham um papel crucial no tratamento, aprendendo a oferecer suporte sem reforçar a ansiedade (Oliveira *et al.*, 2024).

Além disso, a necessidade de abordar o TAS de forma holística é cada vez mais reconhecida. Práticas como a meditação mindfulness, exercícios físicos e técnicas de relaxamento podem ser integradas ao tratamento, oferecendo uma abordagem mais

completa que beneficia tanto a saúde mental quanto o bem-estar físico do indivíduo. O apoio contínuo de profissionais de saúde mental, bem como o envolvimento em grupos de apoio, pode ajudar os indivíduos a lidar com os desafios da condição e a promover a resiliência em face da ansiedade (Celik *et al.*, 2021).

É importante ressaltar que a conscientização sobre o TAS é fundamental. Muitas vezes, a ansiedade de separação é subdiagnosticada ou mal interpretada, levando a sofrimentos desnecessários. Pais, educadores e profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais de TAS e promover ambientes onde as crianças possam expressar suas preocupações sem julgamento. A educação sobre o transtorno pode contribuir para um suporte mais eficaz e, conseqüentemente, para a recuperação e o desenvolvimento saudável dos indivíduos afetados (WHO, 2021).

Entre as principais manifestações do TAS estão o medo excessivo de que ocorra a perda ou a separação definitiva, acompanhada de sintomas somáticos como taquicardia, náuseas e dificuldades respiratórias. Adicionalmente, o indivíduo pode demonstrar comportamentos de busca constante de proximidade, necessitando de asseguramento contínuo quanto à disponibilidade afetiva da figura de apego. Essa dependência pode dificultar a autonomia e limitar a capacidade do indivíduo de lidar com mudanças e transições (Martin *et al.*, 2020).

Os indicadores diagnósticos para o TAS incluem a presença de um padrão persistente de inquietude relacionado à separação, que se estende por um período mínimo de quatro semanas em crianças e por um período mais prolongado em adultos, dependendo das diretrizes específicas adotadas pelos manuais diagnósticos. Outro aspecto importante é a interferência significativa nas atividades diárias, que pode incluir dificuldades escolares, problemas de relacionamento e limitações na independência emocional (Nunes *et al.*, 2022).

Além desses critérios, é fundamental considerar os sintomas físicos que frequentemente acompanham o TAS, como dores de estômago, cefaleias e insônia, que podem surgir da intensa preocupação e apreensão que os indivíduos apresentam. Essas manifestações podem criar um ciclo vicioso, onde o desconforto físico exacerba a ansiedade, resultando em um aumento das limitações na vida cotidiana (Celik *et al.*, 2021).

A avaliação do TAS também deve incluir a identificação de fatores predisponentes, como histórico familiar de transtornos de ansiedade e eventos estressantes significativos na vida do paciente, como mudanças de escola, divórcios ou

perdas. A abordagem terapêutica, além da psicoterapia, pode incluir intervenções comportamentais que visam diminuir a sensibilidade à separação e promover habilidades de enfrentamento que auxiliem o indivíduo a gerenciar sua ansiedade de maneira mais eficaz (Aguiar *et al.*, 2022).

Outro ponto chave é o envolvimento da família no processo terapêutico, pois o suporte emocional dos pais ou responsáveis pode ser crucial para a recuperação e adaptação da criança ou adulto afetado. Muitas vezes, envolver a família nas sessões de terapia pode ajudar a melhorar a dinâmica familiar e reduzir a ansiedade relacionada à separação, criando um ambiente mais acolhedor e seguro para a pessoa em tratamento (Nunes *et al.*, 2022).

O seguimento a longo prazo é igualmente vital, uma vez que o TAS, se não tratado, pode levar a comorbidades, como depressão e outros transtornos de ansiedade, comprometendo ainda mais a qualidade de vida do indivíduo. Portanto, uma estratégia abrangente que inclua monitoramento contínuo e reavaliação das necessidades é essencial para garantir que os afetados possam desenvolver habilidades saudáveis e resiliência emocional ao longo do tempo (Smith *et al.*, 2022).

Do ponto de vista neurobiológico, o TAS pode estar associado a uma hiperatividade do sistema nervoso autônomo em resposta à percepção de ameaça à integridade dos laços afetivos. Estudos sugerem que a disfunção em circuitos cerebrais envolvidos no processamento de emoções, assim como a regulação do estresse, desempenha um papel importante na manutenção dos sintomas ansiosos típicos deste transtorno (Martin *et al.*, 2020).

Em termos de intervenção terapêutica, a abordagem cognitivo-comportamental adaptada para o TAS enfatiza a importância de promover a autonomia e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento que permitam a desconexão gradual da dependência emocional. Para crianças, a terapia familiar e intervenções escolares podem ser fundamentais para a reconstrução de vínculos seguros e para o restabelecimento de uma base afetiva equilibrada. Em adultos, a terapia de suporte e intervenções de orientação psicodinâmica podem auxiliar na resolução de conflitos internos relacionados ao abandono e à insegurança (Aguiar *et al.*, 2022).

Além disso, a psicoeducação dos pais e cuidadores desempenha um papel crucial, visto que o manejo inadequado da ansiedade de separação pode reforçar os sintomas e dificultar o desenvolvimento de habilidades de independência. A promoção de um ambiente seguro e a implementação de estratégias estruturadas para a separação gradual

são componentes essenciais no tratamento do TAS, contribuindo para a minimização dos impactos negativos na qualidade de vida dos pacientes (Smith *et al.*, 2022).

Em síntese, o TAS destaca a importância da compreensão dos vínculos afetivos e dos processos de separação na formação da personalidade e na regulação emocional. O manejo adequado deste transtorno não só melhora a funcionalidade individual, mas também fortalece as relações familiares e a resiliência frente aos desafios da transição para a independência (Martin *et al.*, 2020).

O TAS, por sua vez, destaca a relevância dos vínculos afetivos e o impacto da separação nas respostas emocionais. A compreensão dos padrões de apego e a presença de sintomas somáticos em resposta à separação reforçam a necessidade de estratégias que promovam a autonomia e a resiliência emocional. Essa compreensão é essencial para direcionar intervenções tanto em crianças quanto em adultos, auxiliando na construção de uma base afetiva mais segura e na redução dos níveis de ansiedade associados (Celik *et al.*, 2021).

Ainda que cada transtorno de ansiedade possua suas particularidades, certos mecanismos comuns como a hiperatividade do sistema nervoso autônomo, a disfunção em circuitos de regulação emocional e a presença de pensamentos disfuncionais permeiam as manifestações clínicas. Esta interseção sugere que, apesar das diferenças aparentes, uma abordagem terapêutica integrativa pode contemplar estratégias comuns, ao mesmo tempo que se adaptam às especificidades de cada quadro (Zhang *et al.*, 2022).

Além disso, as implicações clínicas desses transtornos ressaltam a importância do diagnóstico diferencial. A sobreposição de sintomas entre os transtornos de ansiedade e outros quadros psiquiátricos, como a depressão, reforça a necessidade de instrumentos de avaliação precisos e de uma formação contínua dos profissionais de saúde mental. A implementação de métodos de avaliação padronizados, aliados a uma escuta ativa e a uma compreensão contextualizada da experiência do paciente, são elementos chave para a condução de um tratamento eficaz (Li *et al.*, 2021).

CAPÍTULO 3. FADIGA

A fadiga extrema e a sensação constante de cansaço são fenômenos frequentes no cotidiano moderno, afetando pessoas de diferentes idades e contextos. Quando essa fadiga se torna crônica, pode indicar problemas subjacentes que merecem atenção especial. Estudos recentes têm sugerido que a fadiga crônica, muitas vezes associada a transtornos do humor, distúrbios do sono e estresse prolongado, pode atuar como potenciador de ideação suicida (Aguiar, et. al. 2022).

Essa correlação não é meramente acidental, mas reflete interações complexas entre alterações neuroquímicas, desequilíbrios hormonais e impactos psicossociais. Assim, entender como a fadiga pode influenciar o surgimento de pensamentos suicidas é crucial para o desenvolvimento de estratégias preventivas e interventivas que visem reduzir o risco de comportamentos autodestrutivos (Lima, et. al. 2020).

A fadiga crônica deve ser compreendida como mais do que um simples cansaço físico momentâneo; é um fenômeno complexo que frequentemente sinaliza desequilíbrios e disfunções profundas no organismo humano. Essa condição não se restringe apenas à sensação de exaustão física, mas também abrange complexas interações biológicas, emocionais e sociais (Martin, et. al. 2020).

Fatores como distúrbios do sono, estresse prolongado, depressão e condições médicas crônicas, como a fibromialgia ou a síndrome do intestino irritável, podem contribuir para um estado contínuo de exaustão, que, por sua vez, afeta diferentes áreas da vida do indivíduo. A fadiga não afeta apenas a performance física – ela também pode prejudicar gravemente a função cognitiva e emocional, levando a sentimentos de desesperança, desamparo e até mesmo a um estado de apatia em relação à vida (Lima, et. al. 2020).

Esse estado prolongado de esgotamento pode criar um ciclo vicioso, onde a falta de energia impede o engajamento em atividades que poderiam trazer satisfação e alegria, como exercícios físicos e interações sociais, criando um efeito cascata que agrava a condição do indivíduo. Com o tempo, essa incapacidade de enfrentar desafios pode comprometer ainda mais a saúde mental, aumentando a vulnerabilidade a pensamentos negativos e autodestrutivos, o que pode culminar em crises de ansiedade ou depressão profunda (Aguiar, et. al. 2022).

Portanto, é fundamental que a atenção em torno da fadiga crônica seja ampliada,

reconhecendo-a como um sinal de alerta que demanda uma abordagem abrangente e multidisciplinar para a sua compreensão e tratamento. Do ponto de vista neurobiológico, a fadiga crônica está frequentemente associada a alterações nos níveis de neurotransmissores, como serotonina, dopamina e norepinefrina, que desempenham papéis fundamentais na regulação do humor e na resposta ao estresse (Martin, et. al. 2020).

Desequilíbrios nesses neurotransmissores podem levar a alterações no humor, contribuindo para o surgimento de sintomas depressivos e ideação suicida. Além disso, a exposição prolongada ao estresse e a fadiga crônica ativa o eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HHA), aumentando a liberação de cortisol, o hormônio do estresse. Níveis elevados e persistentes de cortisol podem afetar negativamente o cérebro, especialmente áreas como o hipocampo, que é fundamental para o controle emocional e a memória. Assim, a fadiga não se limita a uma condição física: seu impacto neuroquímico tem implicações diretas na saúde mental (Aguilar, et. al. 2022).

Além dos mecanismos biológicos, a fadiga crônica também exerce um forte impacto psicológico. Indivíduos que convivem com o cansaço constante muitas vezes experimentam sentimento de frustração e desesperança. A sensação de incapacidade para realizar tarefas diárias e cumprir obrigações pode levar à perda de autoestima e ao isolamento social. Esse isolamento, por sua vez, potencializa a vulnerabilidade emocional e aumenta o risco de ideação suicida (Lima, et. al. 2020).

Estudos clínicos apontam que pessoas com fadiga crônica e transtornos depressivos apresentam uma maior tendência a desenvolver pensamentos suicidas quando comparadas a indivíduos sem tais sintomas. A comorbidade entre fadiga, depressão e ideação suicida se estabelece por meio de um ciclo vicioso: a fadiga intensifica a depressão, a depressão contribui para a sensação de exaustão e ambas agravam a probabilidade de automutilação ou tentativas de suicídio (Martin, et. al. 2020).

Pesquisas clínicas e epidemiológicas têm buscado esclarecer a relação entre fadiga e ideação suicida. Um número significativo de estudos aponta que a fadiga crônica é um importante preditor de pensamentos suicidas em indivíduos que já apresentam sintomas depressivos. Por exemplo, investigações em ambientes clínicos mostraram que pacientes com distúrbios do sono e fadiga persistente têm uma incidência mais alta de ideação suicida (Lima, et. al. 2020).

Esses resultados corroboram a hipótese de que a fadiga pode ser tanto um sintoma quanto um agravante de transtornos mentais, funcionando como um indicador precoce de

potenciais riscos para a saúde psicológica. Os fatores ambientais e sociais também desempenham um papel significativo na inter-relação entre fadiga e ideação suicida. Em uma sociedade que valoriza a produtividade e o desempenho, a pressão para manter altos níveis de atividade pode levar ao excesso de trabalho e ao esgotamento, contribuindo para a fadiga crônica (Aguiar, et. al. 2022).

A falta de apoio social e o estigma associado a problemas de saúde mental podem dificultar que indivíduos em situação de vulnerabilidade busquem ajuda. As relações interpessoais debilitadas e o isolamento social são elementos que agravam o quadro de fadiga e, conseqüentemente, aumentam o risco de ideação suicida. Portanto, a compreensão desse fenômeno requer uma abordagem que considere não só os aspectos individuais, mas também o contexto social e ambiental que influencia o bem-estar psicológico (Martin, et. al. 2020).

Dada a complexidade dos fatores que interligam a fadiga crônica à ideação suicida, é fundamental desenvolver estratégias integradas de prevenção e intervenção. Uma abordagem multidisciplinar que envolva profissionais das áreas de psiquiatria, psicologia, neurologia e medicina do sono é imprescindível. Entre as intervenções recomendadas, destaca-se a importância de diagnósticos precoces que identifiquem sintomas relacionados à fadiga crônica e ao risco de pensamentos suicidas. Terapias cognitivas e comportamentais podem ajudar os indivíduos a desenvolver mecanismos de enfrentamento que mitiguem os impactos emocionais da fadiga (Lima, et. al. 2020).

Além disso, a promoção de hábitos saudáveis, como a prática regular de exercícios físicos, a manutenção de uma alimentação equilibrada e a implementação de uma rotina de sono adequada, pode contribuir significativamente para a melhora do quadro clínico. Em muitos casos, o suporte familiar e o acompanhamento por grupos de apoio também se mostram essenciais para reduzir a sensação de isolamento, promovendo conexões sociais que podem funcionar como rede de proteção contra a ideação suicida (Martin, et. al. 2020).

Apesar dos avanços na compreensão da relação entre fadiga crônica e ideação suicida, permanecem desafios significativos no diagnóstico e tratamento. Um dos principais obstáculos é a dificuldade de identificar e diferenciar a fadiga como um sintoma isolado ou como parte de um quadro psiquiátrico mais amplo, como a depressão. Essa complexidade demanda a realização de avaliações cuidadosas e a aplicação de instrumentos de diagnóstico validados, que sejam capazes de captar nuances na experiência subjetiva de exaustão e desesperança (Aguiar, et. al. 2022).

O tratamento deve ser individualizado, considerando as particularidades de cada paciente e sua história clínica, de modo a evitar a subnotificação e o prolongamento do sofrimento. Outro desafio é o estigma associado à saúde mental. Muitas vezes, os sintomas de fadiga e depressão são minimizados ou atribuídos a questões de personalidade ou falta de disposição, ao invés de serem encarados como sinais de transtornos que necessitam de intervenção (Lima, et. al. 2020).

Essa percepção equivocada pode atrasar o acesso a tratamentos eficazes, agravando a condição e aumentando o risco de ideação suicida. Portanto, é vital que tanto os profissionais da saúde quanto a sociedade em geral desenvolvam uma compreensão mais aprofundada e empática sobre os desafios enfrentados por aqueles que sofrem com fadiga crônica e distúrbios do humor (Martin, et. al. 2020).

A correlação entre fadiga crônica e ideação suicida está enraizada em uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e ambientais. A exaustão prolongada não só prejudica o funcionamento físico e cognitivo dos indivíduos, mas também contribui para um estado emocional de vulnerabilidade que pode facilitar o surgimento de pensamentos autodestrutivos. A ativação crônica do eixo HHA, com o consequente aumento nos níveis de cortisol, as alterações neuroquímicas e os impactos psicológicos da fadiga somam-se a um cenário de risco que deve ser identificado e tratado de maneira integrada (Aguiar, et. al. 2022).

A prevenção e o tratamento eficaz deste quadro requerem uma abordagem multidisciplinar e uma avaliação criteriosa dos sintomas. Intervenções que promovam o equilíbrio entre vida profissional e pessoal, o cuidado com a saúde física e mental e o fortalecimento das redes de apoio social são fundamentais para mitigar os impactos da fadiga crônica. Ademais, a conscientização e a educação sobre a importância do bem-estar emocional são essenciais para combater o estigma associado aos transtornos mentais e incentivar a busca por ajuda especializada (Martin, et. al. 2020).

É imprescindível que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais de alerta que podem indicar o aumento do risco de ideação suicida em pacientes que apresentam sintomas de fadiga crônica. Investir em pesquisas e inovações na área da saúde mental é uma necessidade urgente, não só para melhorar os diagnósticos e tratamentos, mas também para desenvolver políticas públicas que garantam o acesso a cuidados de qualidade para todos os indivíduos (Martin, et. al. 2020).

A compreensão da relação entre fadiga e ideação suicida nos oferece ferramentas valiosas para prevenir tragédias e promover uma sociedade que valoriza e protege a

vida. Reconhecer a fadiga crônica como um alerta para problemas mais profundos é um passo fundamental na construção de uma abordagem humanizada e eficaz contra o suicídio. Ao integrar avanços científicos com práticas clínicas e um olhar atento às condições sociais, é possível criar um sistema de suporte que ofereça alternativas para aqueles que se encontram à beira do desespero. Assim, a reflexão e a ação conjunta de profissionais, familiares e sociedade serão essenciais para transformar o cenário atual e oferecer esperança e cuidado a quem mais precisa (Aguiar, et. al. 2022).

CAPÍTULO 4. SÍNDROME DE *BURNOUT*

Nos últimos anos, a Síndrome de *Burnout* tem emergido como uma preocupação significativa entre profissionais da saúde. De acordo com a OMS, o *Burnout* é um fenômeno ocupacional caracterizado por estresse crônico no trabalho, resultando em exaustão emocional, despersonalização e uma sensação de realização pessoal reduzida (Monteiro, 2024). Este estudo oferece uma análise abrangente sobre os impactos do *Burnout* na qualidade do atendimento ao paciente, utilizando dados recentes e pesquisas publicadas nos últimos cinco anos.

Além disso, a pesquisa revela que a incidência da Síndrome de *Burnout* entre profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e terapeutas, tem crescido alarmantemente, especialmente em contextos de alta pressão, como é o caso de hospitais e unidades de emergência. As longas jornadas de trabalho, a falta de apoio adequado e a intensidade emocional associada ao cuidado de pacientes em condições críticas podem ser fatores que exacerbam essa condição debilitante (Pereira *et al.*, 2023).

Estudos recentes indicam que o *Burnout* não apenas afeta a saúde mental dos profissionais, mas também compromete a qualidade do atendimento ao paciente. Profissionais que experimentam altos níveis de *Burnout* são mais propensos a cometer erros, apresentar empatia reduzida e demonstrar níveis mais baixos de satisfação no trabalho (Celik *et al.*, 2021).

Por consequência, pacientes atendidos por profissionais esgotados podem perceber um atendimento menos atencioso e eficaz, o que levanta questões éticas significativas sobre a segurança e a qualidade nos serviços de saúde. Uma das abordagens para mitigar o impacto do *Burnout* tem sido a implementação de programas de bem-estar no local de trabalho, como oficinas de gestão de estresse, aumento do número de profissionais por turno e suporte psicológico (Martin *et al.*, 2020).

Esses programas visam não apenas proporcionar um ambiente de trabalho mais saudável, mas também focar na promoção da saúde mental como uma prioridade organizacional. Pesquisas indicam que instituições que adotam tais medidas relataram uma redução nos sintomas de *Burnout* entre os funcionários, resultando em uma melhora tanto no bem-estar do trabalhador quanto na satisfação do paciente (Li *et al.*, 2021).

É crucial mencionar que a conscientização sobre a Síndrome de *Burnout* não deve se restringir apenas a profissionais da saúde, mas deve ser uma responsabilidade

compartilhada por gestores e policymakers que devem criar políticas que incentivem ambientes de trabalho sustentáveis e saudáveis (Aguiar *et al.*, 2022).

A promoção da saúde mental deve ser integrada a iniciativas mais amplas que visem melhorar o sistema de saúde como um todo, reconhecendo que cuidadores saudáveis são a chave para pacientes saudáveis. Investir na saúde dos profissionais é investir também na qualidade do atendimento prestado a cada paciente que entra nas instituições de saúde (McGowan *et al.*, 2020).

A Síndrome de *Burnout* é frequentemente dividida em três dimensões principais: a exaustão emocional, a despersonalização e a falta de realização pessoal. Estas dimensões foram amplamente estudadas por Aguiar *et al.*, (2022) que destacam a complexidade do *Burnout* como um fenômeno que afeta não apenas a saúde mental do trabalhador, mas também a qualidade do serviço prestado aos pacientes.

Além dessas dimensões, a investigação sobre a Síndrome de *Burnout* também tem revelado outros fatores que contribuem para o seu desenvolvimento. Por exemplo, a carga de trabalho excessiva e a falta de controle sobre as tarefas diárias são fatores estressantes reconhecidos que podem intensificar a sensação de exaustão emocional. Os profissionais frequentemente relatam a percepção de que são incapazes de atender às demandas crescentes de seus papéis, criando uma armadilha psicológica que exacerba o desgaste (Celik *et al.*, 2021).

A despersonalização, por sua vez, se manifesta como uma resposta defensiva ao estresse, levando os trabalhadores a desenvolver uma atitude cínica ou distante em relação aos seus pacientes ou colegas de trabalho. Essa desumanização não só compromete a relação profissional, mas também pode afetar a recuperação e o bem-estar dos pacientes, criando um ciclo vicioso de qualidade de cuidado em declínio (Smith *et al.*, 2022).

A falta de realização pessoal, a terceira dimensão da Síndrome, é frequentemente relatada como uma sensação de desilusão ou insuficiência no trabalho. Quando os profissionais não conseguem ver o impacto positivo de seu esforço, isso pode levar a uma diminuição da motivação e do compromisso com suas responsabilidades. Essa queda na satisfação pode se espalhar para outros aspectos da vida, resultando em uma visão negativa geral da carreira e uma diminuição do engajamento na vida pessoal.

Consequentemente, a abordagem para lidar com a Síndrome de *Burnout* deve ser abrangente, envolvendo não apenas intervenções individuais, mas também mudanças organizacionais. Algumas instituições têm implementado políticas focadas na promoção do bem-estar no local de trabalho, como a flexibilização de horários, a oferta de apoio

psicológico e programas de capacitação que valorizam o desenvolvimento pessoal. Essas estratégias têm mostrado eficácia na mitigação dos efeitos do *Burnout* e na promoção de um ambiente de trabalho mais saudável (Smith *et al.*, 2022).

É imperativo que a conscientização sobre a Síndrome de *Burnout* continue a crescer, tanto entre os profissionais de saúde como entre os gestores, para que sejam desenvolvidas intervenções mais efetivas que abordem seus múltiplos aspectos. A priorização da saúde mental no ambiente de trabalho não é apenas uma questão de responsabilidade social, mas também uma necessidade operacional, pois um profissional saudável e motivado é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade (WHO, 2021).

Estudos recentes demonstram uma alta prevalência de *Burnout* entre profissionais de saúde. Segundo uma análise realizada por Dyrbye *et al.*, (2020), cerca de 44% dos médicos relataram sintomas de *Burnout*, com taxas igualmente preocupantes entre enfermeiros e profissionais de saúde mental. A pesquisa da OMS (WHO, 2021), em contexto global, revelou que 37% dos trabalhadores da saúde enfrentam níveis significativos de estresse, que podem levar ao *Burnout*.

Além da sua prevalência, o *Burnout* tem implicações sérias tanto para a saúde dos profissionais quanto para a qualidade do atendimento que eles fornecem. Os sintomas associados à síndrome, como exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, não só comprometem a saúde mental dos trabalhadores, mas também afetam diretamente a segurança e o bem-estar dos pacientes.

Estudos indicam que um profissional com *Burnout* tende a cometer mais erros, o que pode repercutir negativamente na recuperação dos pacientes e aumentar os índices de mortalidade (Dyrbye *et al.*, 2020).

Medidas de intervenção têm sido sugeridas para prevenir e mitigar os efeitos do *Burnout* no ambiente de trabalho. Programas de suporte psicológico, iniciativas que promovam um melhor equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, e treinamentos em manejo de estresse são algumas das abordagens que têm mostrado resultados positivos. Por exemplo, um estudo realizado na Itália em 2022 demonstrou que equipes de saúde que participaram de um programa de bem-estar reportaram uma diminuição significativa nos níveis de estresse e nos sintomas de *Burnout* (Pereira *et al.*, 2023).

Ademais, a criação de um ambiente de trabalho que valorize a comunicação aberta pode desempenhar um papel crucial na identificação precoce dos sinais de *Burnout*. Incentivar feedbacks e a troca de experiências entre colegas, bem como implementar

práticas de reconhecimento e valorização do trabalho realizado, pode ajudar a cultivar um ambiente mais saudável e produtivo.

Por fim, é fundamental que instituições de saúde e policymakers reconheçam a gravidade desse fenômeno e priorizem ações concretas de apoio aos profissionais, permitindo que eles não apenas cuidem eficazmente de seus pacientes, mas que também preservem sua própria saúde mental e bem-estar. Propostas de políticas públicas que incluam a capacitação em gestão emocional e suporte contínuo, além de melhorias nas condições de trabalho, são essenciais para criar um sistema de saúde mais resiliente e sustentável (Zhang *et al.*, 2022).

Os efeitos do *Burnout* não se limitam ao bem-estar dos profissionais. A qualidade do atendimento ao paciente pode ser severamente afetada. Um estudo por Panagioti *et al.*, (2021) indicou que profissionais com altos índices de *Burnout* apresentaram uma redução significativa na satisfação do paciente e na qualidade do cuidado. Além disso, a despersonalização pode levar a um tratamento impessoal, colocando em risco a relação médico-paciente e a comunicação efetiva.

Um ambiente de trabalho que não aborda as questões relacionadas ao *Burnout* pode gerar um ciclo vicioso, onde a insatisfação profissional leva a um atendimento deficiente, resultando em pacientes menos satisfeitos, o que, por sua vez, intensifica o estresse dos profissionais.

Além disso, as taxas de rotatividade de pessoal podem aumentar, criando uma lacuna no conhecimento e na continuidade do cuidado que é crucial para o tratamento eficaz de doenças. Em um setor já sobrecarregado, os efeitos do *Burnout* não apenas impactam os indivíduos, mas podem reverberar em toda a equipe e na instituição como um todo (Nunes *et al.*, 2022).

Outro aspecto a ser considerado é a saúde mental dos profissionais de saúde. A pressão constante e as expectativas irreais podem resultar em problemas psicológicos, como depressão e ansiedade, que dificultam ainda mais o desempenho no trabalho. Reconhecer e tratar o *Burnout* deve ser uma prioridade para garantir que os profissionais permaneçam mentalmente saudáveis e motivados. As intervenções podem incluir programas de apoio psicológico, práticas de autocuidado e políticas de trabalho que promovam um equilíbrio saudável entre vida pessoal e profissional (Celik *et al.*, 2021).

É vital que as instituições de saúde implementem estratégias de prevenção e tratamento do *Burnout*, como treinamentos em manejo do estresse e criação de um ambiente de apoio que valorize a equipe. Estas abordagens podem ajudar a restaurar a

satisfação no trabalho e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do atendimento ao paciente. A capacitação de líderes em habilidades emocionais também pode ser uma parte essencial na mitigação dos efeitos do *Burnout*, promovendo uma cultura organizacional mais sólida e solidária (Shanafelt *et al.*, 2019).

Num nível macro, a conscientização sobre o *Burnout* no setor de saúde deve ser ampliada, incentivando a colaboração entre gestores, profissionais e pacientes para construir um sistema mais robusto e resiliente. Iniciativas de advocacy que visem políticas de saúde mental eficazes podem contribuir significativamente para um ambiente de trabalho saudável, essencial para a manutenção da qualidade na prestação de cuidados de saúde. Portanto, é imperativo agir, não só em prol dos profissionais, mas também para a saúde e bem-estar dos pacientes que dependem desse serviço vital (McGowan *et al.*, 2020).

As causas do *Burnout* são multifatoriais, incluindo carga de trabalho excessiva, falta de controle sobre o ambiente de trabalho, e insuficiência de apoio social. Essas variáveis estão interligadas e podem acentuar o estresse ao longo do tempo. Um estudo de Celik *et al.*, (2021) identificou que a falta de recursos, aliada a um ambiente de trabalho hostil, contribui significativamente para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

É crucial abordar os fatores individuais que podem predispor um indivíduo ao *Burnout*. A resiliência emocional, por exemplo, desempenha um papel vital. Profissionais que possuem um maior nível de autoconhecimento e habilidades de gerenciamento do estresse tendem a reagir de maneira mais positiva às pressões do trabalho. Por outro lado, aqueles que não têm estratégias eficazes de enfrentamento podem se sentir sobrecarregados e, eventualmente, experimentar exaustão mental e física (Aguilar *et al.*, 2022).

Ademais, o equilíbrio entre vida pessoal e profissional é uma questão que merece destaque. A dificuldade em separar as responsabilidades do trabalho das demandas pessoais pode levar a um ciclo vicioso de estresse e insatisfação. Pesquisas recentes sugerem que o trabalho remoto, embora ofereça flexibilidade, também pode diluir essas fronteiras, aumentando assim o risco de *Burnout* (Li *et al.*, 2021).

A cultura organizacional é outro aspecto que deve ser considerado. Ambientes que promovem a competição em detrimento da colaboração tendem a exaurir os funcionários mais rapidamente. Estruturas hierárquicas rígidas, onde as vozes dos trabalhadores não são ouvidas, também podem contribuir para sentimento de impotência e desmotivação, exacerbando o risco de *Burnout* (Zhang *et al.*, 2022).

Para mitigar esses riscos, as organizações precisam implementar estratégias eficazes. Programas de bem-estar no trabalho, treinamentos sobre gerenciamento de estresse e, principalmente, a promoção de um ambiente de apoio social são fundamentais. Estabelecer práticas que incentivem o feedback contínuo e a comunicação aberta pode reforçar o sentimento de pertencimento e reduzir os níveis de estresse.

O *Burnout* é uma questão complexa que envolve múltiplos fatores que interagem de maneiras diversas. Abordá-lo de maneira holística e proativa é essencial para promover a saúde mental e o bem-estar dos colaboradores, assegurando assim um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo (Oliveira *et al.*, 2024).

Para mitigar os efeitos do *Burnout*, diversas intervenções têm sido propostas. Programas de bem-estar no trabalho, suporte psicológico contínuo e a promoção de um ambiente de trabalho saudável são fundamentais. A implementação de estratégias voltadas para a saúde mental, conforme sugerido pela OMS, é vital para a redução da incidência de *Burnout* entre os trabalhadores da saúde (Aguiar *et al.*, 2022).

Essas estratégias devem incluir a formação de equipes multidisciplinares, onde profissionais de diversas áreas possam colaborar, compartilhar experiências e encontrar soluções conjuntas. A redução da carga horária em turnos críticos e a elaboração de escalas que respeitem o tempo de descanso dos trabalhadores também são medidas que têm mostrado resultados positivos. Além disso, promover atividades de integração e socialização entre os membros da equipe pode contribuir para criar um ambiente mais leve e acolhedor (Li *et al.*, 2021).

Outro aspecto crucial é a criação de uma cultura organizacional que valorize a saúde mental. Para isso, líderes e gestores devem estar engajados e capacitados para identificar os sinais de *Burnout* entre seus colaboradores. A formação em liderança, focada em empatia e comunicação eficaz, pode fazer a diferença na forma como as equipes enfrentam o estresse diário (Martin *et al.*, 2020).

Eventos de conscientização sobre saúde mental, como palestras, workshops e treinamentos, devem ser realizados periodicamente, permitindo que todos os colaboradores tenham acesso a informações atualizadas e recursos para manejo do estresse. A prática regular de atividades físicas, junto com programas de mindfulness, tem se mostrado eficaz para reduzir a ansiedade e promover a resiliência dos trabalhadores (Li *et al.*, 2021).

Além disso, é essencial que as instituições de saúde ofereçam canais de comunicação claros e confidenciais para que os funcionários possam buscar ajuda quando

necessário, sem temer represálias ou estigmas. O apoio de colegas e a disposição da gestão em ouvir e acolher as preocupações daqueles que têm passado por situações difíceis são fundamentais nesse processo (Zhang *et al.*, 2022).

Em resumo, a luta contra o *Burnout* no setor da saúde necessita de um esforço conjunto, que abrange a implementação de políticas eficazes, a promoção de um ambiente de trabalho positivo e a valorização da saúde mental. Somente assim, será possível garantir não apenas a eficácia dos serviços prestados, mas, principalmente, o bem-estar de quem se dedica a cuidar da saúde dos outros (McGowan *et al.*, 2020).

4.1 Fatores de Risco e Ambiente de Trabalho e as Estratégias de Intervenção e Prevenção

Os fatores de risco para o desenvolvimento do *burnout* são multifacetados e inter-relacionados, englobando variáveis individuais, organizacionais e sociais. Uma análise minuciosa dos elementos presentes no ambiente de trabalho revela que a sobrecarga de demandas, a pressão excessiva por resultados, a falta de apoio dos superiores e a ausência de condições adequadas para o desempenho das funções são fatores primordiais para o surgimento de quadros de esgotamento crônico (Zhang *et al.*, 2022).

Um dos principais determinantes do *burnout* é a carga de trabalho excessiva, que se manifesta tanto em volume quanto em complexidade. A intensificação do ritmo profissional, associada à necessidade de constante atualização e à adaptação a novas tecnologias, pode levar a um desgaste progressivo e a sentimentos de incapacidade de corresponder às exigências impostas. Em muitas organizações, a cultura do “workaholism” reforça a ideia de que o esforço contínuo é sinônimo de comprometimento, ignorando as necessidades individuais de recuperação e equilíbrio entre vida pessoal e profissional (Pereira *et al.*, 2023).

Além da sobrecarga, a falta de autonomia e a limitada possibilidade de decisão no ambiente laboral constituem fatores críticos para o desenvolvimento do *burnout*. Estudos demonstram que a percepção de controle e a participação ativa nas decisões influenciam diretamente a resiliência dos profissionais frente às adversidades. A inexistência de feedbacks construtivos, bem como a ausência de reconhecimento pelo desempenho, intensifica sentimentos de desvalorização e inadequação, contribuindo para espécies de desmotivação e isolamento emocional (Kessler *et al.*, 2022).

Outro aspecto relevante diz respeito à estrutura organizacional e à dinâmica de

relacionamento entre colegas e superiores. Ambientes marcados pela competitividade exagerada, conflitos interpessoais e comunicação ineficaz tendem a elevar os níveis de estresse e a comprometer a saúde mental dos colaboradores. A ambiguidade de papéis e a dificuldade na articulação de relações de apoio e cooperação geram um clima de incerteza e insegurança que favorece o surgimento de sintomas relacionados ao *burnout* (Lacerda *et al.*, 2023).

Ademais, a influência de fatores extralaborais deve ser considerada na análise dos riscos associados ao *burnout*. Conflitos familiares, responsabilidades sociais e pressões externas podem atuar de forma sinérgica com o estresse ocupacional, intensificando a sensação de sobrecarga. Nesse sentido, a compreensão do *burnout* requer uma abordagem holística, que articule tanto os aspectos intrínsecos ao ambiente de trabalho quanto as demandas provenientes da vida pessoal dos indivíduos (Oliveira *et al.*, 2024).

O desenvolvimento de estratégias de gestão de riscos baseadas em evidências é fundamental para o enfrentamento do *burnout*. Intervenções focadas na reestruturação das condições de trabalho – como a implementação de jornadas flexíveis, o fortalecimento das relações interpessoais e a criação de espaços para a expressão e resolução de conflitos – podem promover ambientes mais saudáveis e cooperativos. Programas de capacitação que enfatizem a importância da autorregulação emocional, do planejamento e da organização também se mostram eficazes na mitigação dos impactos do estresse crônico (Celik *et al.*, 2021).

Ressalta-se que a identificação de fatores de risco exige a integração entre pesquisadores, gestores e profissionais de saúde. A realização de diagnósticos organizacionais, por meio de levantamentos e avaliações constantes, possibilita a implementação de medidas preventivas que se alinhem às necessidades específicas de cada contexto laboral. Essa visão integrada contribui para a construção de ambientes que promovam a bem-estar e a qualidade de vida dos trabalhadores, reduzindo significativamente o risco de desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Lacerda *et al.*, 2023).

A partir da identificação dos diversos fatores que contribuem para o surgimento do *burnout*, a formulação e a implementação de estratégias de intervenção e prevenção tornaram-se imperativas tanto no âmbito organizacional quanto na esfera individual. Este capítulo discute as principais medidas já adotadas e as novas abordagens que visam mitigar os efeitos do estresse crônico, melhorar as condições de trabalho e promover a saúde mental dos profissionais (Oliveira *et al.*, 2024).

Entre as estratégias de intervenção, destacam-se programas de reestruturação organizacional que têm como objetivo reduzir a sobrecarga de demandas e fomentar um ambiente de trabalho mais equilibrado. A adoção de políticas de flexibilidade de horário, a promoção de pausas regulares e a revisão dos modelos de gestão têm demonstrado eficácia na prevenção do *burnout* (Pereira *et al.*, 2023).

Essas medidas não apenas auxiliam na redução dos níveis de estresse, mas também incentivam o fortalecimento das relações interpessoais, promovendo um clima de cooperação e reconhecimento mútuo. No âmbito individual, intervenções focadas na promoção da resiliência e na gestão de estresse têm ganhado destaque (Oliveira *et al.*, 2024).

Programas de treinamento em técnicas de mindfulness, meditação e relaxamento são amplamente utilizados como estratégias para a autorregulação emocional. Tais práticas ajudam os indivíduos a desenvolver mecanismos internos que permitem a melhor administração das adversidades, contribuindo para uma redução significativa dos sintomas de *burnout* (Monteiro, 2024).

Ademais, abordagens psicoterapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), têm se mostrado eficazes na reestruturação de padrões de pensamento disfuncionais e na promoção de uma melhor adaptação aos desafios cotidianos. Outra vertente importante está relacionada à promoção de ambientes saudáveis por meio da implementação de programas de bem-estar organizacional. Iniciativas que envolvem atividades físicas, apoio nutricional e a disseminação de práticas de autocuidado têm um papel fundamental na prevenção do *burnout* (Celik *et al.*, 2021).

A integração dessas ações com programas de educação continuada sobre a importância da saúde mental possibilita a criação de uma cultura organizacional pautada na prevenção e na valorização do capital humano. Políticas de intervenção devem também priorizar a capacitação dos gestores, que possuem um papel crucial na identificação precoce dos sinais de *burnout* e na implementação de medidas de suporte (Aguiar *et al.*, 2022).

A formação de líderes para a promoção de ambientes colaborativos, a escuta ativa e a resolução de conflitos são fundamentais para fortalecer os mecanismos de apoio e reduzir a incidência do *burnout*. Uma gestão que valorize a transparência, o reconhecimento e a participação ativa dos colaboradores tende a criar um ambiente onde o estresse é gerido de forma mais eficaz e humanizada (Dyrbye *et al.*, 2020).

Do ponto de vista institucional, a elaboração de políticas públicas que

regulamentem condições de trabalho, garantam jornadas adequadas e promovam a saúde ocupacional tem um impacto direto na prevenção do *burnout*. A integração de normativas que forcem a implementação de programas de prevenção e a fiscalização rigorosa das condições laborais representa um avanço na proteção dos trabalhadores, reduzindo a incidência de esgotamento crônico e aumentando a produtividade e a qualidade dos serviços prestados (Martin *et al.*, 2020).

A necessidade de uma abordagem integrativa, que combine ações individuais, organizacionais e institucionais, é reiterada ao longo deste capítulo. A promoção de intervenções baseadas em evidências, a disseminação de informações sobre os riscos associados ao *burnout* e a criação de redes de apoio que envolvam profissionais de saúde, gestores e trabalhadores se apresentam como estratégias eficazes para a construção de ambientes laborais mais saudáveis (Celik *et al.*, 2021).

A integração entre estudo, prática clínica e intervenções comunitárias possibilita o desenvolvimento de políticas baseadas em dados concretos e experiências empíricas, contribuindo para a redução dos impactos negativos do *burnout* (Dyrbye *et al.*, 2020).

As estratégias de intervenção e prevenção delineadas neste capítulo reafirmam a importância de ações coordenadas e multifacetadas para enfrentar a síndrome de *burnout*. A conjugação de medidas preventivas e terapêuticas, aliada a uma visão holística e integradora das condições laborais, é fundamental para promover mudanças significativas na saúde dos trabalhadores e na sustentabilidade das organizações. O compromisso com a melhoria contínua das práticas e políticas de saúde ocupacional constitui um passo decisivo rumo à construção de ambientes de trabalho que respeitem e valorizem o bem-estar dos indivíduos (Kessler *et al.*, 2022).

A trajetória desse fenômeno revela a importância de se considerar tanto os aspectos individuais quanto os contextuais, elucidando como as condições laborais adversas, a pressão constante por desempenho e a falta de reconhecimento podem desencadear um processo de esgotamento que afeta negativamente não somente o indivíduo, mas também a organização como um todo. Compreender os mecanismos neurobiológicos e a influência das respostas ao estresse permite que pesquisadores e clínicos desenvolvam intervenções mais precisas e personalizadas (Oliveira *et al.*, 2024).

A relevância social e econômica do *burnout* é também destacada, pois a sua ocorrência pode afetar significativamente a produtividade das organizações, a qualidade de vida dos trabalhadores e, conseqüentemente, impetrar custos elevados para o sistema de saúde pública. Estudos longitudinais têm sugerido que a incidência do *burnout* está

associada a condições de trabalho adversas, desigualdades socioeconômicas e a falta de suporte organizacional, evidenciando a necessidade de uma abordagem integrada que contemple fatores individuais e contextuais (Smith *et al.*, 2022).

Além disso, a implementação de programas de prevenção e intervenção precoce tornou-se uma prioridade nas organizações que buscam mitigar os efeitos do *burnout*. Tais programas frequentemente incluem a promoção do bem-estar mental, treinamentos para gerenciamento do estresse e o fomento a uma cultura organizacional que valorize a saúde psicossocial dos colaboradores. Estudos sugerem que ambientes de trabalho que priorizam a comunicação aberta e a colaboração entre equipes podem ajudar a reduzir a incidência de *burnout* (Celik *et al.*, 2021).

Por outro lado, é fundamental reconhecer o papel das políticas públicas na proteção e promoção da saúde mental no trabalho. A criação de leis que garantam direitos fundamentais, como horários de trabalho razoáveis e acesso a serviços de saúde mental, é um passo crítico para enfrentar esta questão. Além disso, as organizações podem se beneficiar de investir em pesquisa contínua sobre o *burnout*, permitindo a adaptação de estratégias conforme as necessidades evoluídas da força de trabalho (Nunes *et al.*, 2022).

A educação e a conscientização sobre os sintomas e as causas do *burnout* são essenciais tanto para trabalhadores quanto para gestores. Somente através de um esforço conjunto entre as organizações, os trabalhadores e os formuladores de políticas serão possíveis enfrentar esse desafio crescente e promover um ambiente de trabalho saudável e produtivo (Smith *et al.*, 2022).

Além disso, a articulação entre a avaliação psicométrica e as abordagens baseadas em biomarcadores amplia o campo diagnóstico e possibilita a implementação de estratégias preventivas. Essa sinergia entre diferentes campos de conhecimento é essencial para o desenvolvimento de intervenções eficazes, que podem variar desde adaptações nas políticas organizacionais até o fortalecimento das habilidades individuais por meio de técnicas de autorregulação emocional (Aguilar *et al.*, 2022).

4.2. Marco normativo sobre riscos psicossociais

Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego (2025) a Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1), instituída pela Portaria nº 3.214/1978, estabelece disposições gerais sobre segurança e saúde no trabalho, regulamentando os artigos 154 a 159 da CLT. Ao longo de sua história, passou por diversas revisões pontuais até ser amplamente reformulada a

partir de 2019, com o objetivo de incorporar diretrizes internacionais e atualizar o marco normativo quanto ao gerenciamento de riscos ocupacionais.

A revisão mais recente da NR-1, consolidada pela Portaria SEPRT nº 6.730/2020, passou a vigorar em 2021, estabelecendo diretrizes para o Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO) e promovendo a harmonização com normas internacionais como a ISO 45001. Essa reestruturação incluiu requisitos específicos para microempresas e empresas de pequeno porte, mecanismos de declaração de ausência de riscos e ferramentas de avaliação simplificada (Ministério do Trabalho e Emprego, 2025).

Entre os avanços conceituais da nova redação, destaca-se a incorporação de uma abordagem sistêmica e preventiva, com ênfase na identificação e controle de todos os tipos de riscos ocupacionais — incluindo aqueles de natureza psicossocial. Essa perspectiva amplia a responsabilidade das organizações e gestores na promoção da saúde mental no trabalho, em consonância com as diretrizes da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e com os princípios da psicologia organizacional e do trabalho (Ministério do Trabalho e Emprego, 2025).

Com a atualização vigente até 25 de maio de 2026, a Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1) reafirma o compromisso legal com a promoção da saúde e segurança dos trabalhadores, ampliando o escopo de proteção ao incluir, de forma explícita, os riscos psicossociais como parte integrante dos riscos ocupacionais. Tais riscos, associados a fatores como sobrecarga de trabalho, pressão excessiva, assédio e desorganização nas relações laborais, passam a ser reconhecidos como elementos que afetam diretamente o bem-estar e a saúde mental dos profissionais, especialmente em setores de alta exigência como o da saúde (Ministério do Trabalho e Emprego, 2022).

Nesse contexto, a NR-1 determina que os empregadores elaborem e mantenham atualizado um Inventário de Riscos Ocupacionais, contemplando os riscos psicossociais e estabelecendo medidas preventivas específicas. Essa orientação dialoga com uma visão ampliada de saúde, em que o adoecimento mental não é dissociado das condições de trabalho, mas entendido como consequência de exposições sistemáticas a ambientes disfuncionais e emocionalmente inseguros (Ministério do Trabalho e Emprego, 2022).

Além disso, a norma estimula a criação de uma cultura organizacional de prevenção, incentivando ações contínuas de melhoria e o envolvimento ativo dos trabalhadores na identificação e controle de riscos. Essa abordagem participativa é especialmente relevante quando se trata de fatores psicossociais, cujas manifestações podem ser mais subjetivas e, portanto, demandam escuta qualificada e diálogo

institucionalizado. A promoção de ambientes emocionalmente saudáveis é, portanto, parte essencial das obrigações legais estabelecidas pela norma (Ministério do Trabalho e Emprego, 2022).

Ao incorporar princípios internacionais, como os da ISO 45001 e das convenções da OIT, a NR-1 atualizada consolida uma compreensão moderna da saúde do trabalhador. Essa perspectiva ultrapassa o controle de riscos físicos, químicos ou mecânicos, e passa a exigir das organizações um compromisso mais amplo com a prevenção de danos psicológicos, colocando a saúde mental como um componente central da gestão de riscos ocupacionais (Ministério do Trabalho e Emprego, 2022).

A versão da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1), que entra em vigor em 26 de maio de 2026, traz avanços significativos no que se refere à inclusão da saúde mental no escopo da gestão de riscos ocupacionais. A principal inovação é a inserção expressa dos riscos psicossociais como elementos obrigatórios a serem identificados, avaliados e controlados, em igual importância aos riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos (Conexão Trabalho, 2023). A partir dessa mudança, fatores como assédio moral, estresse ocupacional, sobrecarga de tarefas e comunicação disfuncional passam a integrar o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) de forma estruturada, conforme requisitos técnicos estabelecidos.

Outra novidade relevante da norma é a exigência de participação ativa dos trabalhadores em todo o ciclo de gerenciamento de riscos, desde a identificação até a proposição de medidas preventivas. Essa participação pode se dar por meio da CIPA ou de mecanismos internos de escuta, reforçando a corresponsabilidade institucional pela proteção da saúde mental no trabalho (Conexão Trabalho, 2023). Além disso, a nova NR-1 prevê a utilização de critérios técnicos para avaliação de riscos psicossociais, incluindo planos de ação com cronogramas, indicadores, simulações de emergências e registros formais (FIEMG, 2025).

Por fim, o Ministério do Trabalho prevê uma transição pedagógica até maio de 2026, durante a qual as inspeções terão caráter educativo, sem imposição de multas imediatas, permitindo que empresas adaptem seus processos e passem a considerar os aspectos emocionais como dimensões centrais da saúde e segurança do trabalho (Mayer Brown, 2025). Essa reformulação representa um avanço no reconhecimento institucional do impacto do sofrimento psíquico sobre a vida laboral, favorecendo a consolidação de uma cultura de prevenção integral e alinhada às diretrizes internacionais da ISO 45001.

CAPÍTULO 5. SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE

A satisfação no trabalho é um fator crucial para a manutenção da qualidade dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS). Profissionais de saúde que se sentem realizados e motivados tendem a oferecer um atendimento mais eficaz e humanizado. No entanto, o cenário atual revela uma série de desafios que impactam negativamente o bem-estar desses profissionais, levando, em muitos casos, à insatisfação e ao desânimo (McGowan *et al.*, 2020).

Um dos principais fatores que contribuem para o desânimo entre os profissionais de saúde é a sobrecarga de trabalho. A escassez de profissionais, combinada com o aumento da demanda por atendimentos, leva a jornadas extensas e a um estresse constante. Segundo dados do último relatório do Ministério da Saúde, cerca de 60% dos trabalhadores do SUS relataram sentir-se cansados e sobrecarregados em suas funções, o que compromete não apenas sua saúde mental, mas consequentemente, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes (WHO, 2021).

Outro aspecto a ser considerado é o ambiente de trabalho com relação à infraestrutura. Quando ela é deficiente, há falta de recursos e os espaços físicos estão inadequados, isso também pode impactar a satisfação profissional (Celik *et al.*, 2021).

Profissionais relataram, em entrevistas, que a falta de equipamentos adequados e materiais básicos compromete gravemente a sua capacidade de realizar um trabalho de qualidade. Dispositivos essenciais como leitos, medicamentos e até mesmo materiais de higiene estão em falta em várias unidades de saúde, o que resulta em um sentimento de impotência e desvalorização da profissão (Li *et al.*, 2021).

A formação continuada e a valorização do trabalhador também desempenham papéis significativos na saúde ocupacional. A oportunidade de participar de cursos, workshops e treinamentos não apenas atualiza o conhecimento dos profissionais, mas também demonstra um reconhecimento por parte da gestão da importância de seu papel (Smith *et al.*, 2022).

Estudos mostram que instituições que investem em formação contínua apresentam taxas de satisfação e retenção de funcionários mais altas. Quando os profissionais se sentem valorizados e reconhecidos, a motivação aumenta, refletindo diretamente na qualidade do atendimento oferecido aos usuários do SUS (Monteiro, 2024).

Além disso, a promoção de um ambiente de trabalho saudável e seguro também é crucial para o bem-estar dos trabalhadores. Instalações adequadas, equipamentos de proteção individual e práticas de trabalho seguras são fatores que não podem ser negligenciados. Um ambiente que prioriza a saúde física e mental dos trabalhadores tende a gerar uma cultura de excelência e responsabilidade, onde cada colaborador se sente parte integrante do sucesso organizacional (Pereira *et al.*, 2023).

As iniciativas de saúde mental, como programas de suporte psicológico e grupos de discussão, são igualmente importantes. Tais programas podem oferecer aos trabalhadores um espaço seguro para compartilhar suas preocupações e desafios, reduzindo o estigma associado às questões emocionais. Quando as instituições cuidam ativamente da saúde mental de sua equipe, elas não apenas melhoram o clima organizacional, mas também garantem que os profissionais estejam mais aptos a atender à população com empatia e eficácia (Dyrbye *et al.*, 2020).

Ademais, a promoção da saúde e a prevenção de doenças ocupacionais também merecem destaque. Campanhas de conscientização sobre hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada e atividade física regular, podem ser implementadas, criando um estilo de vida mais saudável entre os trabalhadores. Quando os colaboradores adotam práticas saudáveis, não apenas se beneficiam individualmente, mas também contribuem para a redução de absenteísmo e custos com saúde para as instituições (McGowan *et al.*, 2020).

O feedback contínuo entre gestão e colaboradores é fundamental para promover melhorias constantes nas práticas de saúde ocupacional. Espaços de escuta e diálogo aberto podem facilitar a identificação de problemas e a busca por soluções eficazes, resultando em um ambiente de trabalho mais harmonioso e produtivo.

Empresas que integram essas práticas em sua cultura organizacional não apenas fortalecem a saúde ocupacional, mas também se destacam no mercado como referências em gestão de pessoas. Assim, a valorização do trabalhador torna-se um investimento estratégico que impacta positivamente toda a instituição e a comunidade atendida (Oliveira *et al.*, 2024).

Por fim, para que possamos reverter o quadro desfavorável e melhorar a satisfação no trabalho dos profissionais de saúde, é fundamental que haja um comprometimento tanto da gestão pública quanto da sociedade. Medidas que visem à redução da carga de trabalho, melhorias na infraestrutura e nos recursos disponíveis, bem como a valorização contínua dos profissionais, podem transformar o ambiente de trabalho (Kessler *et al.*,

2022).

A implementação de programas de apoio psicológico e bem-estar também se mostra crucial para o fortalecimento da saúde mental desses profissionais. Com um ambiente mais saudável e um estímulo à valorização, o SUS poderá contar com profissionais mais satisfeitos, motivados e comprometidos com o ideal de um atendimento humanizado (McGowan *et al.*, 2020).

5.1 Fatores que Influenciam a Satisfação Profissional

Dentre os principais fatores que influenciam a satisfação profissional na área da saúde, destacam-se as **condições de trabalho é o ponto chave**, a infraestrutura e os recursos disponíveis são determinantes. Unidades de saúde com equipamentos adequados e apoio administrativo tendem a proporcionar um ambiente mais satisfatório (Oliveira *et al.*, 2024).

Além disso, a presença de uma equipe multidisciplinar bem treinada e comprometida é essencial para melhorar a qualidade do atendimento. O trabalho em equipe não só aumenta a eficácia dos serviços prestados, mas também promove um clima organizacional mais positivo, onde a colaboração é incentivada (Li *et al.*, 2021).

A ergonomia no ambiente de trabalho também deve ser considerada, já que um espaço bem projetado pode reduzir a ocorrência de lesões e o estresse dos trabalhadores. O acesso a programas de capacitação e atualização profissional é outro fator que contribui para a satisfação e motivação dos empregados, permitindo que se sintam valorizados e equipados para enfrentar os desafios do dia a dia no setor de saúde (Dyrbye *et al.*, 2020).

Adicionalmente, as políticas de saúde mental no local de trabalho são cruciais. Promoções de práticas que incentivem o autocuidado e a saúde emocional podem efetivamente reduzir o *burnout* e a rotatividade dos funcionários. Sessões regulares de feedback e suporte por meio de serviços de aconselhamento podem ajudar a identificar e tratar quaisquer preocupações antes que se tornem questões maiores (Zhang *et al.*, 2022).

Finalmente, é importante destacar que a satisfação no trabalho está diretamente ligada à percepção dos empregados sobre o reconhecimento e a valorização de seus esforços. Programas de reconhecimento e incentivo, como bonificações ou menções honrosas, podem aumentar a moral da equipe e estimular um comprometimento maior com a missão institucional. Todo esse conjunto de fatores não só melhora as condições de trabalho, mas também reflete na qualidade do atendimento ao paciente,

proporcionando um ciclo virtuoso de cuidado e profissionalismo (Kessler *et al.*, 2022).

A Valorização Profissional, o reconhecimento por parte da gestão e da sociedade é essencial. Políticas de incentivo, cursos de capacitação e uma política de planos de carreira são fundamentais. Além disso, a valorização profissional deve ser refletida em um ambiente de trabalho positivo, onde a comunicação é clara e a colaboração é incentivada.

As organizações podem promover a troca de feedback construtivo, criando um espaço onde os funcionários se sintam seguros para expressar suas ideias e preocupações. O investimento em bem-estar e saúde mental também é um aspecto crítico, pois colaboradores satisfeitos e saudáveis tendem a ser mais produtivos e comprometidos (Li *et al.*, 2021).

Este reconhecimento pode se manifestar de diversas formas, desde simples palavras de agradecimento até iniciativas mais estruturadas. Políticas de incentivo, como bônus por desempenho e reconhecimento público durante reuniões ou eventos, são fundamentais para elevar a moral dos profissionais. Além disso, a oferta de cursos de capacitação não apenas aprimora as habilidades dos colaboradores, mas também demonstra um compromisso da organização com o desenvolvimento e a evolução constante de sua equipe (Pereira *et al.*, 2023).

A implementação de uma política de planos de carreira bem definida é crucial para que os profissionais visualizem um futuro e uma trajetória dentro da instituição. A possibilidade de crescimento e ascensão dentro da carreira gera um senso de pertencimento e lealdade, essencial em um ambiente onde a colaboração e o trabalho em equipe são vitais. A valorização profissional não se limita ao aspecto financeiro; ela envolve o cultivo de um ambiente onde os colaboradores se sintam respeitados, valorizados e com oportunidades reais de desenvolvimento, impactando diretamente a qualidade dos serviços prestados e o bem-estar geral dos pacientes atendidos (WHO, 2021).

Outra iniciativa importante é a diversidade e inclusão no local de trabalho, quando todos sentem que pertencem e que suas contribuições são valiosas, a criatividade e a inovação florescem. As empresas devem se empenhar em criar programas de mentoria e networking que ajudem na construção de uma rede de apoio entre os profissionais. Isso não só ajuda no desenvolvimento de habilidades, mas também na ampliação das oportunidades de carreira (Lacerda *et al.*, 2023).

Em um mundo cada vez mais digital, a tecnologia desempenha um papel vital na valorização profissional. Plataformas online oferecem acesso a cursos e treinamentos que

podem ser personalizados conforme as necessidades individuais de cada colaborador. A implementação de ferramentas que promovam o aprendizado contínuo pode acelerar o desenvolvimento de habilidades e a adaptação às mudanças rápidas do mercado de trabalho (Nunes *et al.*, 2022).

A transparência nas práticas de gestão e nos processos de promoção é crucial, para que os funcionários possam entender os critérios que levam à valorização e ao avanço na carreira, serem mais propensos a se empenharem em suas funções e a permanecerem na empresa a longo prazo. Em resumo, investir na valorização profissional não apenas beneficia os indivíduos, mas fortalece toda a organização, criando uma cultura de excelência e reconhecimento que se reflete nos resultados e na satisfação do cliente (Dyrbye *et al.*, 2020).

O excesso de horas trabalhadas, aliado à falta de flexibilidade, pode ter um impacto profundo e negativo na qualidade de vida dos profissionais, levando a altos níveis de estresse e *burnout*. Estudos mostram que a produtividade diminui significativamente quando os colaboradores não conseguem equilibrar suas responsabilidades pessoais e profissionais (WHO, 2021).

Portanto, a implementação de programas que promovam a conciliação entre trabalho e vida pessoal não é apenas aconselhável, mas essencial. Iniciativas como horários flexíveis, a opção de trabalho remoto e a promoção de dias de folga para recarga mental são instrumentos valiosos que as empresas podem adotar (Zhang *et al.*, 2022).

Além disso, fornece suporte emocional por meio de serviços de aconselhamento ou grupos de apoio pode ajudar os profissionais a navegar os desafios da vida cotidiana, criando um ambiente mais saudável e sustentável.

A valorização desse equilíbrio não só melhora o bem-estar individual dos colaboradores, mas também se reflete em uma cultura organizacional mais forte e produtiva, onde os profissionais se sentem motivados e engajados, resultando em qualidade superior nos serviços prestados aos pacientes (Dyrbye *et al.*, 2020).

Além dos fatores já mencionados, é crucial considerar outros aspectos que também podem impactar a satisfação profissional na área da saúde:

Ambiente de trabalho, o suporte entre colegas e a existência de um ambiente colaborativo são determinantes para a satisfação. Relações interpessoais saudáveis podem reduzir os níveis de estresse.

Capacitação contínua, o desenvolvimento profissional constante é uma necessidade em um setor tão dinâmico. A oferta de treinamentos e a possibilidade de

especializações contribuem não apenas para atualização dos conhecimentos, mas também para a confiança e autoeficácia dos profissionais (Zhang *et al.*, 2022).

Participação na tomada de decisões, quando os profissionais de saúde são incluídos nos processos decisórios, há um aumento na sensação de pertencimento e significado no trabalho. Isso pode ser feito por meio de reuniões regulares e feedbacks construtivos que acolham as opiniões dos colaboradores (Kessler *et al.*, 2022).

Comunicação transparente, a clareza na comunicação entre a gestão e os colaboradores é vital. Informações sobre mudanças de políticas, objetivos da instituição e reconhecimento de desempenho devem ser comunicadas de forma aberta, propiciando um clima de confiança e engajamento.

Sistema de suporte emocional, profissionais da saúde frequentemente lidam com emoções intensas e situações de estresse elevado. Assim, programas de apoio psicológico e de bem-estar são imprescindíveis para garantir a saúde mental dos trabalhadores (Lacerda *et al.*, 2023).

Flexibilidade de carreira, a possibilidade de atuar em diferentes áreas ou fazer transições de carreira dentro do setor de saúde é uma abordagem inovadora que pode proporcionar não apenas uma nova perspectiva, mas também uma renovação de ânimo aos profissionais. Este tipo de flexibilidade é essencial em um ambiente em constante mudança, onde as demandas de saúde evoluem e novos desafios surgem regularmente (Kessler *et al.*, 2022).

Por exemplo, um enfermeiro que decide aprimorar suas habilidades e se especializar em cuidados paliativos ou um médico que opta por se dedicar à saúde pública pode encontrar um novo senso de propósito e satisfação. Essa liberdade de movimento não só enriquece a experiência de trabalho, mas também estimula a criatividade e a motivação, permitindo aos trabalhadores explorar suas paixões e habilidades de maneira mais ampla dentro do contexto de saúde (Martin *et al.*, 2020).

Além disso, a flexibilidade de carreira pode contribuir significativamente para a retenção de talentos, já que profissionais que sentem que têm a liberdade de moldar seus próprios caminhos são mais propensos a permanecer em suas funções e contribuir ativamente para suas organizações. Assim, promover uma cultura que valorize e incentive as mudanças de carreira pode ser um diferencial importante na construção de um ambiente de trabalho saudável e produtivo (Li *et al.*, 2021).

O fortalecimento dessas áreas pode promover um impacto significativo na satisfação profissional dos trabalhadores da saúde. Ao integrá-las às políticas

organizacionais, as instituições podem não apenas aumentar a motivação e o desempenho, mas também melhorar a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, criando um ciclo virtuoso de bem-estar no ambiente de trabalho (Oliveira *et al.*, 2024).

A saúde dos profissionais do SUS é um tema crucial que precisa ser amplamente debatido. Investir no bem-estar dos trabalhadores da saúde é garantir um atendimento de qualidade para a população. As instituições de saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, devem promover campanhas de conscientização e implementar políticas que priorizem a saúde ocupacional. O aumento da satisfação profissional não só contribui para a motivação dos trabalhadores, mas também para a redução da rotatividade, manutenção do conhecimento e melhoria do atendimento ao paciente (McGowan *et al.*, 2020).

Além disso, é fundamental que haja uma avaliação regular das condições de trabalho e do ambiente em que os profissionais atuam. Isso inclui a oferta de espaços para descanso adequados, acesso a serviços de apoio psicológico e a promoção de atividades físicas que favoreçam a saúde mental e física. O estresse e a carga emocional que esses trabalhadores enfrentam diariamente podem ser mitigados por meio de práticas de autocuidado e do fortalecimento de redes de suporte entre os colegas (Li *et al.*, 2021).

Além disso, é fundamental que haja uma avaliação regular das condições de trabalho e do ambiente em que os profissionais atuam. Isso inclui a oferta de espaços para descanso adequados, acesso a serviços de apoio psicológico e a promoção de atividades físicas que favoreçam a saúde mental e física (Dyrbye *et al.*, 2020).

O estresse e a carga emocional que esses trabalhadores enfrentam diariamente podem ser mitigados por meio de práticas de autocuidado e do fortalecimento de redes de suporte entre os colegas. Para implementar essas medidas de modo eficaz, as organizações devem criar um plano de ação que envolva todos os níveis hierárquicos (Li *et al.*, 2021).

Isso não apenas aumenta a conscientização sobre a importância do bem-estar no ambiente de trabalho, mas também fomenta um espaço de diálogo onde os funcionários podem expressar suas preocupações e sugestões. Ensaios de comunicação aberta, como reuniões regulares e workshops, podem ser utilizados para discutir estratégias de manejo do estresse e compartilhar experiências positivas (McGowan *et al.*, 2020).

As empresas devem considerar a inclusão de programas de treinamento para líderes e gestores sobre como identificar sinais de estresse e *burnout* em seus colaboradores. Esse tipo de formação não apenas ajuda na prevenção de problemas mais sérios de saúde mental, mas também promove um ambiente de trabalho mais solidário e

empático (Zhang *et al.*, 2022).

Cursos de mindfulness e meditação, disponíveis para todos os funcionários, poderiam ser oferecidos como uma maneira de reduzir a ansiedade e melhorar a concentração. Este tipo de investimento nos colaboradores reverte em produtividade e satisfação, refletindo-se positivamente na cultura organizacional (Dyrbye *et al.*, 2020).

Além disso, a criação de espaços para práticas de lazer e socialização é essencial. Essas áreas podem ser projetadas para incentivar o descanso e a desconexão do trabalho, oferecendo atividades recreativas que promovam a interação entre os colegas. Estabelecer iniciativas como dias de integração, atividades voluntárias em grupo ou mesmo campeonatos esportivos pode fortalecer as relações interpessoais e fazer com que os profissionais se sintam valorizados e parte de uma comunidade (Zhang *et al.*, 2022).

É importante que os líderes reconheçam e celebrem os sucessos da equipe, não apenas os resultados finais, mas também os esforços diários. Um gesto simples de agradecimento pode aumentar a moral e engajamento dos funcionários, criando um ciclo positivo em que cada colaborador se sinta motivado a contribuir para um ambiente de trabalho saudável e produtivo. O cuidado com os trabalhadores deve ser uma prioridade estratégica, pois é, de fato, a base de um desempenho sustentável e inovador (Martin *et al.*, 2020).

As lideranças nas instituições de saúde devem ser treinadas para identificar sinais de *burnout* e sobrecarga entre suas equipes, criando um ambiente de trabalho que valorize a comunicação aberta e a empatia. Promover a formação continuada também é essencial, pois capacitar os profissionais não só amplia suas habilidades, mas também proporciona um senso de valorização e pertencimento à equipe. Paralelamente, os gestores de saúde devem considerar a implantação de horários de trabalho flexíveis, que permitem um melhor equilíbrio entre vida profissional e pessoal (Zhang *et al.*, 2022).

Por fim, a participação dos trabalhadores da saúde em decisões que envolvem as políticas de gestão e assistência é indispensável. Isso pode ser feito por meio de comissões de trabalho ou grupos focais que tenham voz ativa nas questões que afetam sua saúde e bem-estar. Um ambiente mais democrático e participativo não apenas enriquece o processo de tomada de decisões, mas também resulta em melhores práticas de saúde no SUS, refletindo diretamente na qualidade do atendimento à população (Pereira *et al.*, 2023).

A satisfação e o bem-estar profissional no sistema público de saúde são elementos fundamentais para a eficácia do SUS. Diante de desafios como a pandemia e a crescente

demanda por serviços, é necessário um esforço conjunto para que as condições de trabalho dos profissionais de saúde sejam aprimoradas. Através de ações práticas e do reconhecimento da relevância do bem-estar no setor, é possível não apenas promover um ambiente de trabalho mais saudável, mas também garantir um atendimento de excelência à população brasileira, o fortalecimento do SUS passa, necessariamente, pela valorização de seus profissionais (Kessler *et al.*, 2022).

Além disso, é fundamental implementar programas de capacitação e atualização profissional que atendam às necessidades dos trabalhadores da saúde. Estas iniciativas não apenas promovem a formação contínua, mas também fortalecem a autoestima e o comprometimento dos funcionários com suas funções. Investir em saúde mental, por meio de grupos de apoio e atividades de autocuidado, é outra estratégia eficaz que pode mitigar o estresse e a exaustão que muitos profissionais enfrentam, especialmente em períodos críticos (Dyrbye *et al.*, 2020).

Outra abordagem importante é a criação de canais de comunicação efetivos entre a administração e os profissionais de saúde. A escuta ativa das sugestões e preocupações dos trabalhadores pode resultar em melhorias significativas nas condições de trabalho e na rotina dos serviços prestados. Além disso, é necessário que haja um ambiente de valorização, onde os esforços e conquistas dos profissionais sejam reconhecidos, promovendo uma cultura de respeito e colaboração (Kessler *et al.*, 2022).

Portanto engajar a comunidade e os usuários do SUS na valorização dos serviços de saúde é essencial. Campanhas de conscientização podem ajudar a sensibilizar a população sobre o papel vital que os profissionais de saúde desempenham na sociedade e a importância de respeitar e apoiar esses trabalhadores. Somente através de um esforço colaborativo e contínuo será possível construir um SUS que não só atenda às demandas da população, mas que também seja um ambiente onde os profissionais possam se sentir satisfeitos, motivados e valorizados (Nunes *et al.*, 2022).

Dados do Ministério da Saúde nos últimos cinco anos indicam que aproximadamente 40% dos profissionais da saúde se sentem insatisfeitos com suas condições laborais. Entre os enfermeiros, esse número sobe para 50%. Abaixo, apresentamos alguns dados estatísticos relevantes: 2023: 65% dos profissionais relataram altos níveis de insatisfação em relação ao salário. 2022: 75% dos trabalhadores de saúde afirmaram que a carga emocional do trabalho afeta sua vida pessoal. 2021: 80% dos profissionais de saúde mencionaram a falta de recursos como um fator agravante para o estresse no ambiente de trabalho (Pereira *et al.*, 2023).

Esses dados não são meramente números; eles refletem uma realidade angustiante enfrentada por muitos que dedicam suas vidas ao cuidado dos outros. A insatisfação generalizada dos profissionais de saúde não apenas impacta sua qualidade de vida, mas também pode repercutir na qualidade do atendimento oferecido aos pacientes. É essencial explorar as causas subjacentes dessa desmotivação e identificar possíveis soluções (Nunes *et al.*, 2022).

Causas da Insatisfação: A falta de reconhecimento no trabalho, a baixa remuneração e o desgaste emocional são alguns dos principais fatores que contribuem para esse sentimento de descontentamento. Muitos profissionais relatam que sentem que seus esforços não são adequadamente valorizados, gerando um ciclo de desmotivação (Smith *et al.*, 2022).

Impacto na Saúde Mental: A pressão constante e as condições de trabalho adversas têm levado a um aumento dos casos de *burnout* entre os profissionais de saúde. De acordo com estudos, 60% desses trabalhadores relatam sintomas de esgotamento emocional, influenciando negativamente tanto sua vida profissional quanto pessoal (McGowan *et al.*, 2020).

Soluções Potenciais: Algumas instituições têm começado a implementar programas de apoio psicológico e capacitação profissional, visando aumentar a resiliência desses profissionais. Medidas como a criação de grupos de suporte e a adoção de estratégias de gerenciamento de estresse têm mostrado resultados promissores (Nunes *et al.*, 2022).

Enquanto a situação atual da força de trabalho na saúde é preocupante, também representa uma chamada à ação. É fundamental que políticas públicas sejam estabelecidas para melhorar as condições de trabalho e oferecer suporte adequado aos profissionais da saúde. Somente assim poderemos garantir que aqueles que cuidam de nós recebam o cuidado e respeito que merecem (McGowan *et al.*, 2020).

Oferecer apoio psicológico e serviços de terapia no ambiente de trabalho pode ajudar a aliviar o estresse. Grupos de apoio e workshops sobre gestão emocional são recomendações válidas. A saúde mental é fundamental para o desempenho e a satisfação no trabalho. Funcionários que se sentem apoiados e compreendidos tendem a ser mais produtivos e a realizar tarefas de forma mais eficaz. Além disso, um ambiente de trabalho que valoriza o bem-estar mental pode reduzir a rotatividade de pessoal e promover a lealdade à empresa (Li *et al.*, 2021).

A saúde mental desempenha um papel vital não apenas no desempenho individual,

mas também na dinâmica de toda a equipe dentro de um ambiente corporativo. Funcionários que se sentem apoiados e compreendidos tendem a não apenas ser mais produtivos, mas também a colaborar melhor com os colegas, criando um ambiente de trabalho mais harmonioso (Li *et al.*, 2021).

Estudos mostram que a interação social e o suporte emocional no local de trabalho podem impulsionar a criatividade e a inovação, já que colaboradores se sentem mais à vontade para compartilhar ideias sem o medo do julgamento. Em contrapartida, um ambiente que valoriza o bem-estar mental pode atuar como um ímã para atrair talentos, reduzindo significativamente a rotatividade de pessoal (Nunes *et al.*, 2022).

Esse investimento em saúde mental também fomenta um senso de lealdade à empresa, pois os colaboradores vêem que a organização se preocupa genuinamente com seu bem-estar. Portanto, promover o bem-estar psicológico não é apenas uma questão de compaixão; é uma estratégia inteligente que beneficia tanto os indivíduos quanto a organização como um todo (Smith *et al.*, 2022).

Integrar políticas de trabalho flexíveis pode também facilitar a saúde mental. Permitir horários variáveis ou opções de trabalho remoto pode ajudar os funcionários a equilibrar melhor suas responsabilidades pessoais e profissionais, reduzindo o estresse relacionado ao deslocamento e ao gerenciamento de prazos (Martin *et al.*, 2020).

É crucial que as lideranças da empresa sejam treinadas para reconhecer os sinais de problemas de saúde mental em sua equipe. Isso não apenas envolve a identificação de comportamentos atípicos, mas também a compreensão profunda dos fatores que podem afetar o bem-estar emocional dos funcionários, como excesso de trabalho, pressões de prazos e questões pessoais (WHO, 2021).

Promover uma cultura de abertura e escuta ativa é fundamental; um ambiente onde os colaboradores se sintam valorizados e seguros pode incentivá-los a compartilhar suas experiências e preocupações sem o medo de estigmas. Além disso, as lideranças devem ser equipadas com estratégias eficazes para abordar essas conversas delicadas, como a utilização de técnicas de comunicação empática e a implementação de políticas que priorizem a saúde mental (Kessler *et al.*, 2022).

Investir na formação contínua dos líderes não apenas melhora a moral da equipe, mas também transforma a dinâmica de trabalho, criando um espaço mais inclusivo e solidário, o que, por sua vez, pode resultar em um aumento significativo na produtividade e na retenção de talentos (McGowan *et al.*, 2020).

Ao investir em programas de saúde mental, as empresas não apenas promovem

um ambiente de trabalho mais saudável, mas também colhem os frutos de uma equipe motivada e engajada. A transformação da cultura organizacional em um espaço que prioriza o bem-estar mental pode ser um diferencial competitivo importante no mercado atual (Martin *et al.*, 2020).

Investir em programas de formação contínua que valorizem a carreira do profissional é essencial para o desenvolvimento de uma equipe coesa e bem preparada. Não se trata apenas de oferecer cursos ou workshops esporádicos, mas de criar uma cultura de aprendizado contínuo onde os colaboradores sintam que estão sempre evoluindo em suas habilidades e conhecimentos (Zhang *et al.*, 2022).

Isso pode incluir mentorias, participação em conferências do setor, onde eles possam explorar novos tópicos e tecnologias em seu próprio ritmo. Além disso, ao proporcionar essas oportunidades de crescimento, a empresa demonstra um compromisso genuíno com o futuro de seus funcionários (McGowan *et al.*, 2020).

Essa abordagem não apenas prepara os profissionais para enfrentar os desafios diários de um ambiente de trabalho em constante mudança, mas também os motiva a se sentirem valorizados e engajados, sabendo que suas carreiras estão sendo ativamente desenvolvidas. Um investimento sólido em capacitação e treinamento retorna não apenas em produtividade, mas também na lealdade e satisfação dos colaboradores (WHO, 2021).

Reconhecimento e valorização, já que o reconhecimento de desempenho é um pilar fundamental para aumentar a motivação dos colaboradores. Implementar um sistema de premiações não apenas valorizaria aqueles que se destacam, mas também fomentaria um ambiente de competição saudável e produtiva entre os membros da equipe. Reconhecimentos públicos, como menções em reuniões, newsletters internos ou murais de destaque, podem ser estratégias poderosas que, quando aliadas a prêmios tangíveis, como bônus financeiros ou dias de folga, estimulam a satisfação e a lealdade dos colaboradores (Nunes *et al.*, 2022).

Aprimoramento das condições de trabalho é fundamental, pois a infraestrutura dos locais de trabalho é vital não apenas para a eficiência operacional, mas também para o bem-estar geral dos profissionais. Isso inclui a modernização de equipamentos, a criação de ambientes que promovam a colaboração e a interação saudável entre os membros da equipe, e a garantia de que os espaços sejam confortáveis e ergonomicamente adequados. Além disso, é imperativo assegurar que todos os profissionais tenham acesso a recursos adequados, como materiais, tecnologia e suporte psicológico quando necessário (Oliveira *et al.*, 2024).

Outro aspecto crítico é a distribuição equilibrada de tarefas, que não apenas promove a equidade entre os funcionários, mas também impede o desgaste excessivo e o esgotamento emocional. Ao criar um ambiente de trabalho que prioriza essas práticas, estamos não apenas aumentando a produtividade, mas também cultivando um espaço onde todos os membros da organização se sentem valorizados, respeitados e motivados a contribuir com suas paixões e talentos (Dyrbye *et al.*, 2020).

Parte II – EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS

CAPÍTULO 6. MÉTODO

6.1. Delineamento e Hipóteses

Tratou-se de pesquisa de levantamento (*survey research*), empregando um delineamento correlacional (*ex post facto*), reunindo medidas de autorrelato (tipo lápis e papel). Conforme apontado na introdução, pensaram-se quatro hipóteses de pesquisa:

1. A ideação suicida se correlacionará positivamente com os fatores do *burnout*.
2. A ideação suicida se correlacionará positivamente com o desconforto psicológico.
3. O *burnout* se correlacionará positivamente com o desconforto psicológico.
4. O desconforto psicológico mediará a correlação entre o *burnout* e o desconforto psicológico.

6.2. Participantes

Primeiramente, consideram-se três critérios de inclusão dos participantes: (1) ser médico ativo, (2) contar com inscrição primária no Conselho Profissional e (3) constar com endereço completo e único em banco de dados do CFM. A partir de registros junto ao cadastro nacional de médicos, disponível no CFM, enviaram-se questionários para os médicos do Brasil selecionados aleatoriamente 67.486 médicos (universo de 281.939) para fazerem parte do estudo. Deste contingente, regressaram seus questionários 7.690 médicos (taxa de resposta de 11,39%), o que representa 2,73% do universo então existente de médicos atuando no país. A presente amostra é oriunda de um recorte de uma investigação mais ampla, cujos dados originais foram analisados e divulgados por Gouveia, Barbosa, Andrade e Carneiro (2005), no estudo sobre qualidade de vida de médicos brasileiros. Para o presente estudo, foram considerados apenas os participantes que responderam aos instrumentos relativos à ideação suicida, *burnout*, fadiga e desconforto psicológico. Após a exclusão de casos com valores omissos nessas variáveis, a amostra final ficou composta por 6.518 médicos que atuam nas cinco regiões brasileiras. Estes tinham idade média de 46,8 anos (DP = 11,15, variando de 24 a 90 anos), a maioria indicando ser do sexo masculino (63,5%), casada (76,2%) e com filho (77,9%),

declarando-se de religião católica (67,4%).

6.3. Instrumentos

Os participantes receberam um questionário impresso em uma única folha (frente e verso), contando informações demográficas, disponibilizadas ao final, e os quatro seguintes instrumentos de autorrelato:

Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI). Trata-se de versão abreviada de medida para avaliar a ideação suicida, proposta por Osman *et al.*, (2003). Reúne 14 itens que medem dois fatores principais: *ideação suicida negativa* (8 itens; *e.g.*, “Considerado seriamente a possibilidade de dar fim a sua vida por não conseguir atender às expectativas dos outros”; “Se sentido sem esperança em relação ao futuro e considerado dar fim a sua vida”) e *ideação suicida positiva* (6 itens; *e.g.*, “Se sentido entusiasmado pelo seu sucesso nos estudos e / ou no trabalho”; “Se sentido confiante na sua capacidade de lidar com a maioria dos problemas da sua vida”). Estes itens foram respondidos em escala de cinco pontos, variando de 1 (*Nunca*) a 5 (*Sempre*). Seus autores apresentaram evidências da estrutura fatorial deste inventário, inclusive por meio de análise fatorial confirmatória (NNFI = 0,95 e RMSEA = 0,03), cada fator tendo consistência interna (Alfa de Cronbach) superior a 0,80. Nenhuma informação foi encontrada na realidade brasileira sobre a comprovação dessa estrutura fatorial por abordagem confirmatória (Anexo I).

Questionário de Saúde Geral (QSG-12). Compõe-se de 12 itens, que a pessoa os lê e responde o quanto tem experimentado os sintomas descritos, sendo suas respostas dadas em uma escala de quatro pontos. Para itens negativos, que negam a saúde mental (*e.g.*, *Suas preocupações lhe têm feito perder muito sono? Você tem se sentido pouco feliz e deprimido?*), as alternativas de resposta variam de 1 (*Absolutamente, não*) a 4 (*Muito mais que de costume*); e em se tratando de itens positivos (*e.g.*, *Tem se sentido capaz de*

tomar decisões? Tem podido concentrar-se bem no que faz?), as respostas variam de 1 (*Mais que de costume*) a 4 (*Muito menos que de costume*). A maior pontuação total indica pior nível de desconforto psicológico (alta ansiedade e depressão). Os estudos realizados comprovam sua validade de construto e confiabilidade, com Alfas de Cronbach variando de 0,80 (Sarriera, Schwarcz, & Câmara, 1996) a 0,88 (Borges & Argolo, 2002; Gouveia *et al.*, 2003) (Anexo II).

Escala de Avaliação da Fadiga. Elaborada originalmente por De Vries *et al.*, (2004), esta escala é composta por 10 itens (*e.g.*, “Sinto-me incomodado devido à fadiga”; “Fico cansado muito rapidamente”), os quais são respondidos em escala de cinco pontos, variando de 1 (*Nunca*) a 5 (*Sempre*). Sua adaptação ao contexto brasileiro foi realizada por Gouveia *et al.*, (2015), os quais testaram sua estrutura fatorial em amostras de estudantes e profissionais da área de saúde, identificando inequivocamente um único fator, que apresentou consistência interna (Alfa de Cronbach) igual ou superior a 0,80 (Anexo III).

Inventário de Burnout de Maslach. Esta é uma medida de esgotamento laboral, um instrumento amplamente empregado para medir os sintomas da “síndrome da queimação” (De Beer *et al.*, 2024; Yildirim, Yesilbas, & Kantek, 2023). Está formado por 22 itens distribuídos em três fatores: *exaustão emocional* (9 itens; *e.g.*, “Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado”; “Sinto-me frustrado com meu trabalho”), *realização profissional* (5 itens; *e.g.*, “Tenho conseguido muitas coisas valiosas neste trabalho”; “Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas por meio do meu trabalho”) e *despersonalização* (8 itens; *e.g.*, “Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente”; “Sinto que realmente não me importa o que ocorre com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente”). Empregou-se uma escala de resposta de 5 pontos, variando de 1 (*Nunca*) a 5 (*Sempre*) (Carlotto &

Câmara, 2004; Tamayo, Argolo, & Borges, 2005). Este instrumento reúne evidências de validade (estrutura fatorial) e precisão (consistência interna), neste último caso apresentando coeficientes de Alfa de Cronbach e Omega de McDonald superiores a 0,70, conforme achados de meta-análise descritos por Villacura-Herrera *et al.*, (2025) (Anexo IV).

Por fim, incluíram-se perguntas sociodemográficas. Dois blocos principais de perguntas têm especial interesse no presente estudo: (1) características pessoais dos respondentes (idade, sexo e estado civil) e (2) patologias autorrelatadas, segundo a descrição presente no CID-10, que cobrem elementos mais neuropsicológicos: *transtornos mentais e comportamentais e doenças do sistema nervoso*.

6.4. Procedimento

Trataram-se de instrumentos de autorrelato, tipo lápis-e-papel, considerando respondentes com curso superior. Portanto, após testar os instrumentos em campo, considerando amostra independente de 20 médicos, assegurou-se que estes poderiam ser adequadamente respondidos. Deste modo, foram enviados para os endereços dos médicos, conforme registro no CFM. Seguiram-se todos os procedimentos éticos de pesquisa com seres humanos, conforme estabelece a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução regulamenta os aspectos éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, portanto, esta investigação está isenta de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa por não envolver dados identificáveis, intervenção direta com participantes ou riscos acima dos mínimos previstos em estudos observacionais com fontes primárias. Além disso, a pesquisa teve apreciação do próprio órgão de representação profissional, contando com comissão de ética.

6.5. Análises dos Dados

Os dados foram analisados com os pacotes estatísticos *PASW* e *AMOS* (versões

21). Além de estatísticas descritivas (frequência, média e desvio padrão) realizadas com o *PASW*, empregadas para descrever as variáveis demográficas do estudo, calcularam-se: (1) correlações de Pearson, (2) análise de componentes principais, (3) consistência interna (alfa de Cronbach), (4) análise paralela (critério de Horn), (5) escalonamento multidimensional (Alscal) e (6) regressão linear múltipla. Por meio do pacote *AMOS* foram realizadas (1) análises fatoriais confirmatórias, comparando os modelos uni e bifatorial, (2) comprovação de invariância fatorial em relação à região de residência do participante e, por fim, (3) testagem do modelo explicativo, testando efeitos direto e indireto do *burnout*, mediado pelo desconforto psicológico, para explicar a ideação suicida.

CAPÍTULO 7. RESULTADOS

Considerando os objetivos da presente tese, organizaram-se os achados em cinco partes principais. Primeiramente, procurou-se conhecer a estrutura fatorial do PANSI, avaliando sua dimensionalidade e consistência interna. Passo seguinte, compararam-se os modelos uni e bifatorial, checando se o modelo resultante apresentava invariância fatorial em relação à região de residência dos participantes. Depois, descrevem-se as correlações da ideação suicida com variáveis psicológicas de interesse (i.e., desconforto psicológico, fadiga e *burnout*). A continuação, realizou-se uma análise de regressão múltipla, tomando como variável critério a ideação suicida, checando poder explicativo do desconforto psicológico, da fadiga e do *burnout*, incluídos como variáveis antecedentes. Por fim, foi elaborado e testado um modelo explicativo causal, comprovando os efeitos diretos e indiretos do *burnout* na ideação suicida, considerando como variável mediadora o desconforto psicológico.

7.1. Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI): Evidências Psicométricas

Esta medida de ideação suicida é hipoteticamente formada por dois fatores específicos, nomeados ideação suicida positiva e ideação suicida negativa. Portanto, deveria ser factível observar dois fatores subjacentes ao seu conjunto de itens. Nesta direção, como primeiro passo se avaliou a adequação de encontrar fatores latentes na matriz de intercorrelações dos itens que formam o PANSI. Foi inicialmente comprovada a estatística *KMO* (Kaiser-Meyer-Olkin), que mede a proporção da variância total inerente aos itens que pode ser atribuída a fatores comuns, variando de 0 a 1; valores mais próximos de 1 indicam a melhor adequação da amostra de itens, admitindo-se como adequado a partir de 0,70. No caso concreto, observou-se o $KMO = 0,93$, confirmando que este tipo de análise é plausível. Uma estatística complementar é o *Teste de*

Esfericidade de Bartlett (χ^2), que precisa ser significativo ($p < 0,001$) para rejeitar a hipótese de a matriz de intercorrelações dos itens representar uma esfera, isto é, inexistirem correlações significativas. O resultado observado reforça igualmente a pertinência de ser realizada uma análise fatorial desta medida [*Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2 (91) = 61.772,37$, $p < 0,001$].

Comprovada a adequação de realizar uma análise fatorial, optou-se por efetuar uma *análise de componentes principais*. Contudo, não foi fixado o número de componentes a extrair. Lembrando, este tipo de análise maximiza o número de fatores (componentes), pois pretende reproduzir a matriz de intercorrelações dos itens em menor número de fatores, explicando 100% da variância total. Pese a essa tendência de maximizar o número de dimensões subjacentes aos itens, unicamente dois fatores apresentaram valores próprios (*eigenvalues*) superiores a 1 (*critério de Kaiser-Guttman*). Especificamente, estes foram 6,25 e 2,44, explicando conjuntamente 64% da variância total (comunalidade média dos itens foi 0,64, variando de 0,46 a 0,76). A distribuição gráfica dos valores próprios (*critério de Cattell*) é mostrada na Figura 1.

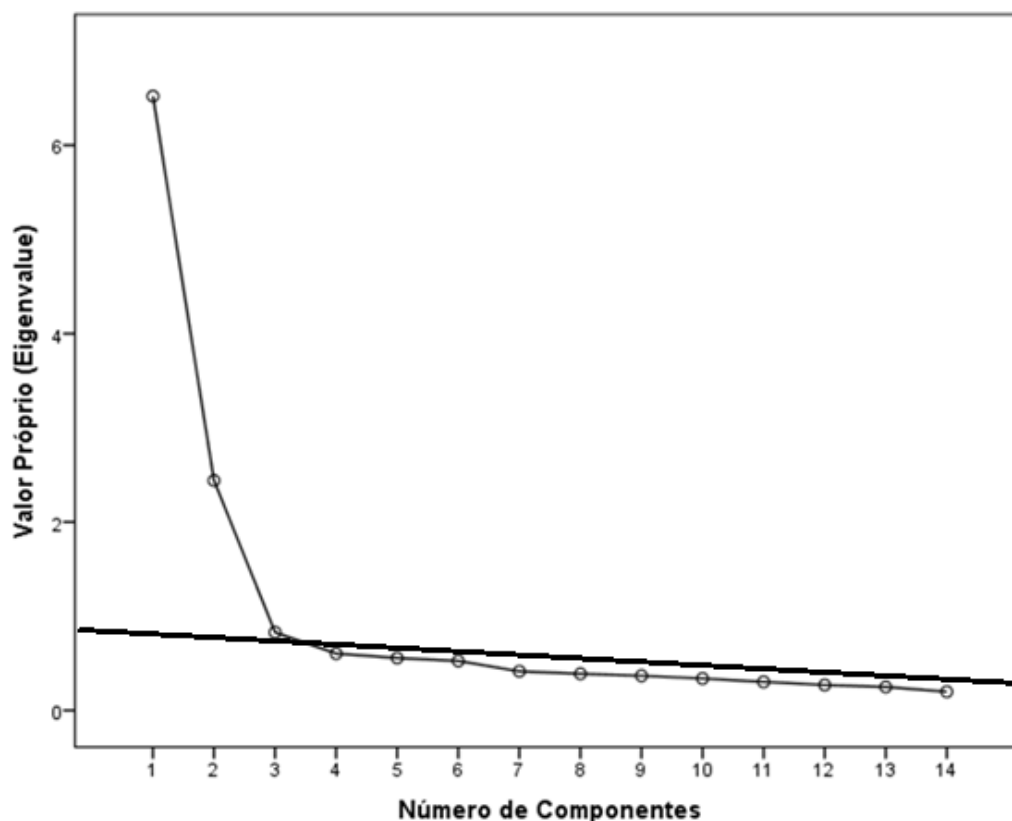


Figura 1. Distribuição Gráfica dos Valores Próprios (Eigenvalues) do PANSI

Conforme é possível observar, o “cotovelo” da curva, imagem facilitada com o traçado de linha paralela ao eixo horizontal, parece evidente para indicar que apenas os dois primeiros fatores podem ser nitidamente comprovados na matriz de intercorrelações dos itens. Não obstante, por se tratar de um critério (Cattell) que envolve algo de subjetividade em sua interpretação, sendo determinante a percepção e a experiência do pesquisador, decidiu-se também realizar uma análise paralela (*critério de Horn*). Precisamente, realizaram-se 1.000 simulações tomando em conta os parâmetros do banco original (*i.e.*, 14 itens e 6.518 participantes). Os três primeiros valores próprios médios (percentil 95% entre parênteses) que emergiram foram: 1,07 (1,09), 1,06 (1,07) e 1,04 (1,05). Deste modo, como apenas os dois primeiros valores próprios observados foram superiores aos simulados, confirma-se a existência dos dois fatores hipotetizados da medida de ideação suicida.

Confirmando as duas dimensões subjacentes à matriz de intercorrelações dos itens, fixou-se a extração deste número de fatores. Procurando identificar uma “estrutura simples”, isto é, maximizar a carga do item em seu fator de pertença, minimizando-a no outro fator, estabeleceu-se a rotação *varimax* (ortogonal), que impõe a máxima independência entre os fatores resultantes. Tomou-se como ponto de corte para retenção do item no fator que sua carga fatorial (saturação) mínima fosse de $|0,40|$. A solução fatorial encontrada é descrita na Tabela 1a seguir, emergindo os dois fatores que são detalhados:

Fator I. Este fator reuniu oito dos 14 itens da medida de ideação suicida, cujas saturações (cargas fatoriais) tiveram média de 0,76, variando de 0,63 [“Se sentido tão infeliz no relacionamento com sua (seu) companheiro (a) que preferiria estar morto (a)?”] a 0,84 [“Se sentido tão só e triste que a possibilidade do suicídio lhe parece a forma mais adequada de acabar com o seu sofrimento?”]. Parece evidente nomeá-lo como *Ideação Suicida Negativa*. Este explicou 46,6% da variância total, apresentando consistência interna (*alfa de Cronbach*) de 0,90.

Fator II. Agrupando seis dos 14 itens do PANSI, as saturações de tais itens neste fator variaram de 0,66 [“Sentido que a vida merece ser vivida?”] a 0,85 [“Sentido confiante sobre os seus planos para o futuro?”], apresentando saturação média de 0,79. Este fator parece facilmente interpretado como *Ideação Suicida Positiva*, tendo explicado 17,4% da variância total. Seu *alfa de Cronbach*, indicador de sua consistência interna, foi de 0,90.

Tabela 1. Estrutura Fatorial do PANSI

Conteúdo dos Itens	Componente		
	I	II	h ²
11. Se sentido tão só e triste que a possibilidade do suicídio lhe parece a forma mais adequada de acabar com o seu sofrimento?	0,84	-0,13	0,72
09. Pensado em se matar porque acha que tudo tem dado errado até agora?	0,84	-0,17	0,73
07. Pensado em dar fim a sua vida por não encontrar soluções para seus problemas pessoais?	0,82	-0,19	0,71
10. Sentido que os problemas em sua vida são tão grandes que o suicídio seria a única opção?	0,82	-0,13	0,69
01. Considerado seriamente a possibilidade de dar fim a sua vida por não conseguir atender às expectativas dos outros?	0,75	-0,20	0,60
03. Se sentido sem esperança em relação ao futuro e considerado dar fim a sua vida?	0,72	-0,25	0,58
05. Pensado em dar fim a sua vida por não conseguir ter ao seu lado a pessoa amada?	0,67	-0,12	0,45
04. Se sentido tão infeliz no relacionamento com sua (seu) companheiro (a) que preferiria estar morto (a)?	0,63	-0,26	0,46
14. Sentido confiante sobre os seus planos para o futuro?	-0,20	0,85	0,76
12. Se sentido confiante acerca de sua capacidade de lidar com a maioria dos problemas de sua vida,	-0,20	0,84	0,75
08. Se sentido entusiasmado pelo seu sucesso nos estudos e/ou no trabalho?	-0,09	0,82	0,68
06. Sentido esperança em relação ao futuro porque as coisas estão indo bem na sua vida?	-0,16	0,82	0,70
02. Sentido que tem controle sobre a maioria das situações em sua vida?	-0,17	0,72	0,55
13. Sentido que a vida merece ser vivida?	-0,38	0,66	0,58
Valor Próprio	6,25	2,44	
Quantidade de itens	8	6	
Variância Explicada	46,6	17,4	
Alfa de Cronbach	0,90	0,90	

Esta estrutura com dois fatores parece plausível, conforme os achados previamente descritos. Não obstante, procurando complementar evidências dessa estrutura da medida de ideação suicida, decidiu-se optar por uma análise mais gráfica, permitindo visualizar como os itens dessa medida se agrupam especialmente. No caso em concreto, decidiu-se realizar uma análise de escalonamento multidimensional (*Alscal*), cujos achados gráficos são mostrados na Figura 2a seguir.

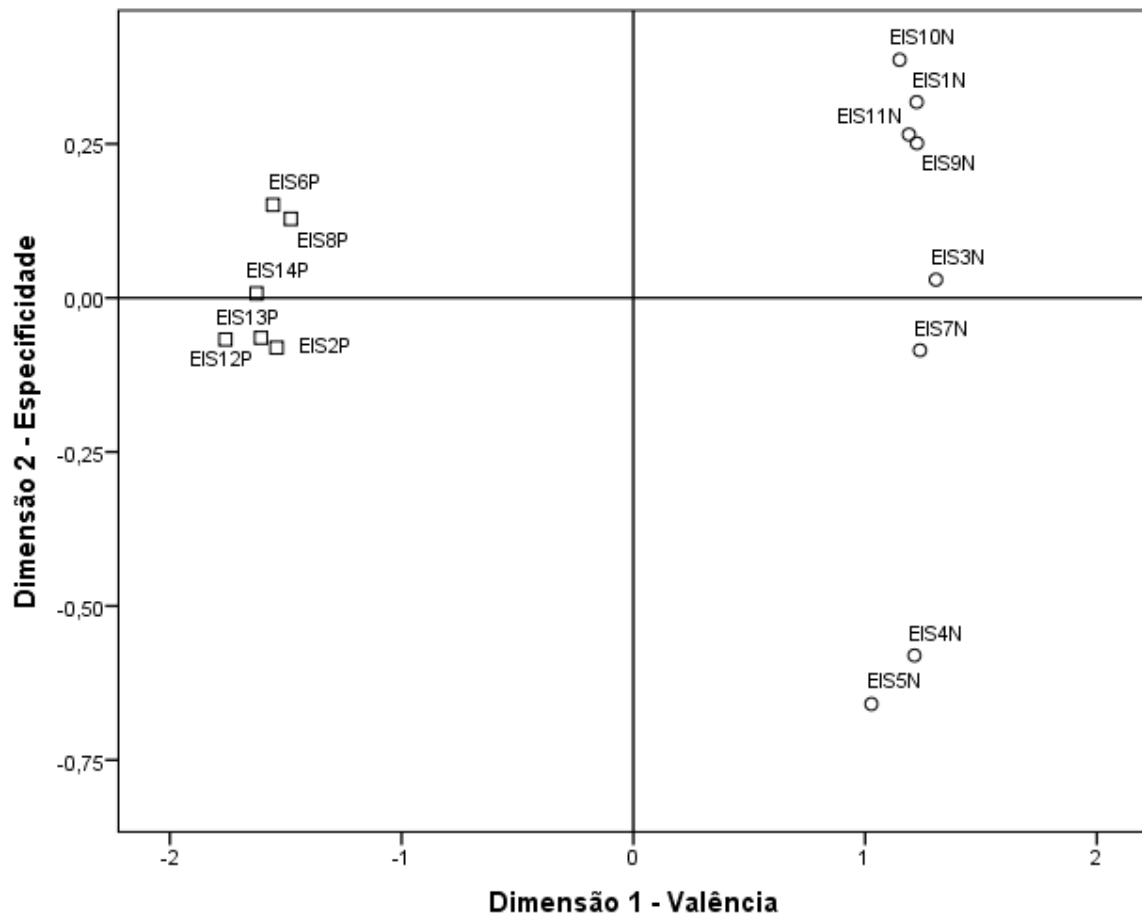


Figura 2. Representação Espacial de Itens da Medida de Ideação Suicida

Os indicadores de ajuste da análise de escalonamento multidimensional se mostraram adequados, apoiando a representação dos itens em duas dimensões ($S\text{-Stress} = 0,04$ e $RSQ = 0,99$), que foram nomeadas como *valência* (Dimensão 1) e *especificidade* (Dimensão 2). Quanto à valência, é possível observar claramente o agrupamento dos itens em dois lados, estando à direita aqueles itens negativos [e.g., “Pensado em se matar porque acha que tudo tem dado errado até agora?”; “Se sentido sem esperança em relação ao futuro e considerado dar fim à sua vida?”] e à esquerda os positivos (e.g., “Sentido confiante para os seus planos para o futuro?”; “Sentido que a vida merece ser vivida?”). No que diz respeito à especificidade, na parte superior estão os itens mais genéricos, focando em questões mais macros, que de algum modo transcendem à condição pessoal do indivíduo (e.g., “Sentido que os problema em sua vida são tão grandes, que o suicídio

seria a única opção?”; “Sentido esperança em relação ao futuro porque as coisas estão indo bem na sua vida?”), enquanto abaixo aparecem os mais específicos, focando em questões mais pessoais e relacionais (*e.g.*, “Pensado em dar fim à sua vida por não conseguir ter ao seu lado a pessoa amada?”; “Sentido que tem controle sobre a maioria das situações em sua vida?”).

Apesar de os dois fatores de ideação suicida se mostrarem como diferentes, inclusive ocupando espaços claramente distintos na representação bidimensional (Figura 2), tais fatores estão correlacionados entre si ($r = -0,44$, $p < 0,001$; veja-se a Tabela 3). Portanto, talvez seja mais prudente testar se o modelo original, reunindo dois fatores, é mais ajustado aos dados empíricos do que um alternativo, composto por uma única dimensão. Neste caso, todos os itens saturariam no mesmo fator. Esta solução parece plausível, contando com valores de comunalidade (h^2) predominantemente acima de 0,60, embora não se saiba se é a melhor escolha. Nesta direção, procura-se a seguir comprovar e comparar os modelos uni e bifatorial, checando posteriormente a invariância fatorial do modelo mais adequado, considerando neste caso a variável região de residência do participante.

7.2. Comparação de Modelos e Testagem de Invariância Fatorial do PANSI

Partindo dos achados anteriormente descritos, parece razoável admitir o modelo bifatorial de ideação suicida. Neste sentido, este foi inicialmente testado. Partindo da matriz de variância-covariância, estabeleceu-se o estimador de máxima verossimilhança (*ML*, *MaximumLikelihood*), definindo os fatores de ideação suicida negativa e ideação suicida positiva com oito e seis itens, respectivamente. A representação gráfica desse modelo é mostrada na Figura 3.

De acordo com a Figura 3, as saturações do primeiro fator (ideação suicida

negativa) variaram de 0,60 [“Sentido tão infeliz no relacionamento com sua (seu) companheiro (a) que preferiria estar morto (a)?”; “Pensado em dar fim à sua própria vida por não conseguir ter ao seu lado a pessoa amada?”] a 0,83 [“Sentido que os problemas em sua vida são tão grandes que o suicídio seria a única opção?”]; padrão muito similar foi observado para os itens do segundo fator (ideação suicida positiva), cujas saturações variaram de 0,67 [“Sentido que tem controle sobre a maioria das situações em sua vida?”] a 0,86 [“Sentido confiante sobre os seus planos para o futuro?”]. Todas as saturações se mostraram estatisticamente diferentes de zero ($\lambda \neq 0$, $p < 0,001$), o mesmo foi observado para a associação entre estes dois fatores ($\varphi = -0,47$, $p < 0,001$). Esse modelo bifatorial apresentou indicadores de ajuste meritórios [$AGFI = 0,87$, $CFI = 0,92$ e $RMSEA = 0,09$ (0,092-0,097)], mostrando-se adequados quando impostas duas restrições de covariâncias de erros de medida no fator ideação suicida negativa (i.e., itens 3-4 e 7-8) [$AGFI = 0,94$, $CFI = 0,96$ e $RMSEA = 0,07$ (0,070-0,074)].

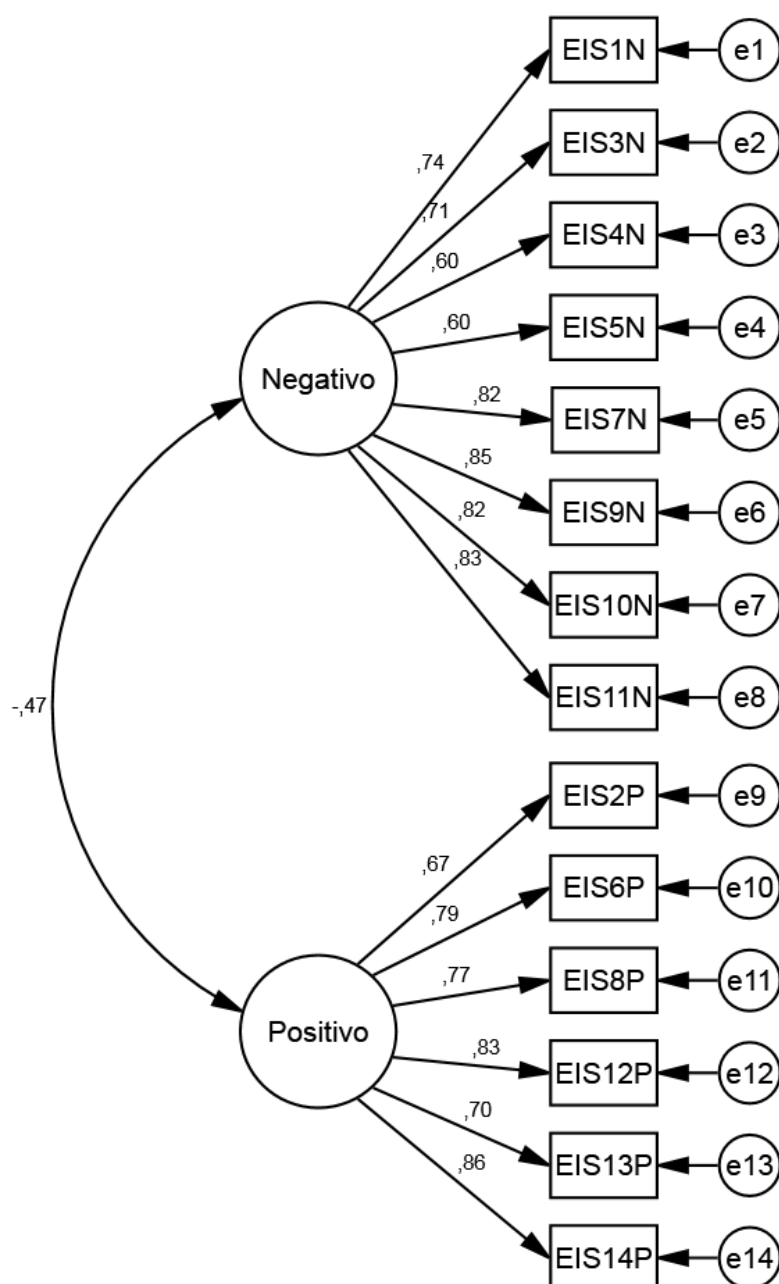


Figura 3. Modelo Fatorial Confirmatório da Medida de Ideação Suicida (PANSI)

O modelo bifatorial é plausível, porém fica uma pergunta: é esta solução mais adequada do que a unifatorial? Portanto, demandou-se testar a estrutura unifatorial, onde todos os 14 itens da medida de ideação suicida saturariam no mesmo fator geral. Os

resultados desta modelo unifatorial não foram considerados aceitáveis [$AGFI = 0,43$, $CFI = 0,65$ e $RMSEA = 0,19$ (0,195-0,199)], mesmo quando impostas as restrições de covariância de erros de medida previamente indicadas [$AGFI = 0,43$, $CFI = 0,71$ e $RMSEA = 0,18$ (0,183-0,187)]. Quando comparados o CAIC (18.810,78) e o ECVI (2,58) deste modelo com os do modelo bifatorial (5.230,27 e 0,695, respectivamente), corrobora-se a melhor adequação deste último modelo. Portanto, admite-se como melhor solução a estrutura fatorial formada por duas dimensões (*i.e.*, ideação suicida negativa e ideação suicida positiva).

Partindo destes achados, comprovou-se a invariância fatorial do PANSI, considerando como variável para definir os grupos as cinco regiões de residência dos participantes do estudo. Os resultados são mostrados na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2. Comprovação da Invariância Fatorial da Medida de Ideação Suicida no Brasil

Modelo	χ^2/gl	$\Delta\chi^2$ (gl)	TLI	CFI	ΔCFI	RMSEA	90%IC	ΔRMSEA
Norte	8,35		0,881	0,901		0,102	0,095-0,109	
Nordeste	19,88		0,897	0,914		0,096	0,092-0,101	
Centro-Oeste	9,64		0,904	0,920		0,093	0,087-0,099	
Sudeste	24,51		0,873	0,894		0,112	0,108-0,117	
Sul	15,21		0,901	0,917		0,101	0,096-0,106	
Invariância Configural	15,52		0,891	0,909		0,045	0,044-0,047	
Invariância Métrica	14,54	0,886	0,898	0,904	0,005	0,044	0,043-0,045	0,001
Invariância Estrutural	14,45	0,245	0,899	0,902	0,002	0,044	0,043-0,045	0,000
Invariância Residual	15,20	0,891	0,893	0,883	0,019	0,045	0,044-0,046	-0,001

De acordo com a Tabela 2, o modelo bifatorial da medida de ideação suicida funciona aparentemente algo melhor em amostras de participantes do Centro-Oeste e Sul do Brasil, sendo menos adequado no Sudeste. Entretanto, essas oscilações não parecem

ser substanciais. De fato, quando se consideram as invariâncias *configural* (i.e., igualdade de estrutura, formada por dois fatores), *métrica* (i.e., igualdade de cargas fatoriais dos itens em seus respectivos fatores), *estrutural* (i.e., igualdade de correlação entre os fatores) e *residual* (i.e., igualdade de erros de medidas dos itens), observa-se que a medida de ideação suicida com dois fatores se mostrou invariante em relação às cinco regiões brasileiras [e.g., $CFI \geq 0,90$ ($\Delta CFI < 0,02$) e $RMSEA < 0,05$ ($\Delta RMSEA < 0,02$)].

Conhecidos os parâmetros psicométricos do PANSI, além de comprovada sua invariância fatorial em relação às regiões do Brasil, demanda-se saber em que medida suas pontuações se correlacionam com o desconforto emocional e variáveis resultantes de atividades laborais, como podem ser a fadiga e o *burnout*. Portanto, procura-se a seguir realizar conhecer os correlatos da ideação suicida.

7.3. Correlatos da Ideação Suicida: Adoecimento do Trabalhador

Quer tratada como uma pontuação geral, reunindo os 14 itens do *Inventário de Ideação Suicida Positivo e Negativo*, ou tratando cada fator por separado, espera-se que a ideação suicida esteja associada com variáveis do contexto laboral (i.e., fadiga e *burnout*) e de mal-estar psicológico (i.e., desconforto psicológico, reunindo elementos de ansiedade e depressão). Estes achados são mostrados na Tabela 3 a seguir.

Tabela 3. Correlatos Laborais e Psicológicos da Ideação Suicida

1. Ideação Suicida							
2. Ideação Suicida Negativa	0,74*						
3. Ideação Suicida Positiva	-0,93*	-0,44*					
4. Desconforto Psicológico	0,68*	0,35*	-0,71*				
5. Fadiga	0,61*	0,27*	-0,67*	0,72*			
6. Esgotamento Emocional	0,54*	0,24*	-0,60*	0,68*	0,75*		
7. Realização Pessoal	-0,53*	-0,18*	0,61*	-0,52*	-0,57*	-0,59*	
8. Despersonalização	0,39*	0,18*	-0,43*	0,47*	0,49*	0,60*	-0,57*

Nota: * $p < 0,001$ (teste bicaudal)

A ideação suicida, tratada como uma pontuação geral (quanto maior a pontuação do respondente maior sua ideação suicida), mostrou-se coerentemente correlacionada com seus fatores específicos. Concretamente, a menor variância compartilhada (55%; quadrado do coeficiente de sua correlação multiplicado por 100) correspondeu ao fator de *ideação suicida negativa* ($r = 0,74, p < 0,001$).

A pontuação total da ideação suicida se correlacionou positivamente com o desconforto psicológico ($r = 0,68, p < 0,001$), fadiga ($r = 0,61, p < 0,001$) e os fatores de *burnout* nomeados como esgotamento emocional ($r = 0,54, p < 0,001$) e despersonalização ($r = 0,39, p < 0,001$); o fez negativamente com o fator de *burnout* denominado como realização pessoal ($r = -0,53, p < 0,001$). Consistentemente, um padrão de associação idêntico foi observado para seu fator de ideação negativa, constatando-se um padrão de correlação inverso para a ideação positiva. Portanto, corroboraram-se as duas primeiras hipóteses deste estudo, isto é, a ideação suicida se correlacionou com o *burnout* (*Hipótese 1*) e o desconforto psicológico (*Hipótese 2*). Além disso, confirmando a *Hipótese 3* deste estudo, o *burnout* se correlacionou com o desconforto psicológico ($r_{\text{Médio}} = |0,57|, p < 0,001$).

Além dos achados anteriormente descritos, procurou-se ainda correlacionar a ideação suicida com variáveis que dão conta da saúde mental do profissional médico respondente. Concretamente, tomando como referência a classificação de enfermidades presentes na CID-10, perguntou-se aos participantes se apresentavam transtornos mentais e comportamentais, por um lado, e doenças do sistema nervoso, por outro. As respostas foram classificadas como *dummy*, assumindo os valores 0 (*Não*) e 1 (*Sim*). Observou-se que a ideação suicida estava correlacionada com transtornos mentais e comportamentais ($r = 0,31, p < 0,001$) e doenças do sistema nervoso ($r = 0,13, p < 0,001$). Em termos dos fatores, específicos de ideação suicida, as correlações foram similares para o fator de

ideação suicida negativa [transtornos mentais e comportamentais ($r = 0,22$, $p < 0,001$) e doenças do sistema nervoso ($r = 0,12$, $p < 0,001$)], apresentando magnitude similar, embora direção contrária em relação ao fator de ideação suicida positiva [transtornos mentais e comportamentais ($r = -0,29$, $p < 0,001$) e doenças do sistema nervoso ($r = -0,11$, $p < 0,001$)].

Apesar desses achados consistentes em relação aos correlatos da ideação suicida, nada é possível saber sobre sua explicação, isto é, concretamente sobre a contribuição que cada uma das variáveis de interesse (fadiga, *burnout* e esgotamento laboral) exerce na ideação suicida. Nesta direção, procurou-se realizar análises estatísticas adicionais com esta finalidade.

7.4. Explicação da Ideação Suicida

Com o fim de construir uma explicação da ideação suicida, decidiu-se realizar uma análise fatorial linear múltipla. Adotou-se, no caso, o método *stepwise* de seleção das variáveis que fariam parte do modelo definitivo. Esta análise indicou um modelo estatisticamente adequado [$F(3, 6.514) = 2.316,84$, $p < 0,001$, $R = 0,72$ e $R^2_{\text{Ajustado}} = 0,52$]. Mais importante, identificou-se um modelo simples, reunindo apenas três preditores (explicadores), que conjuntamente lograram explicar 52% da variância da ideação suicida. Em termos matemáticos, o modelo pode ser expresso da seguinte forma:

$$\textbf{Ideação Suicida} = 1,078 + 0,36 (\text{Desconforto}) - 0,15 (\text{Realização}) + 0,09 (\text{Fadiga})$$

Em razão da pontuação que a pessoa obtiver nas medidas de desconforto psicológico, fadiga e realização pessoal (fator do *burnout*), é possível estimar qual será sua pontuação no PANSI. Não obstante, este é um modelo rudimentar, que pode penalizar uns fatores de *burnout* em detrimento de outros. Neste sentido, decidiu-se elaborar e testar

um modelo causal, empregando modelagem por equações estruturais. Para elaboração desse modelo, decidiu-se deixar de fora a fadiga pelas seguintes razões: (1) os fatores do *burnout* apresentaram padrões de correlações com a ideação suicida similares àquele da fadiga, (2) o *burnout* pode ser um elemento do contexto laboral mais representativo do que a fadiga, sendo multidimensional, i.e., formado por três fatores latentes (i.e., esgotamento emocional, realização pessoal e despersonalização) e, por fim, (3) incluir num mesmo modelo variáveis independentes fortemente correlacionadas pode resultar em *matriz não-positiva definida*, gerando a impossibilidade de identificação do modelo.

7.5. Modelo Causal da Ideação Suicida: Testando Efeitos Diretos e Indiretos

O modelo causal partiu da literatura e dos achados prévios, propondo haver de mediação, impondo a covariância dos erros referentes à realização pessoal e despersonalização. Este apresentou os seguintes índices de ajuste: $\chi^2 (3) = 49,28$, $p < 0,001$, $\chi^2/\text{gl} = 16,42$, $AGFI = 0,99$, $CFI = 0,99$ e $RMSEA = 0,05$ ($IC90\% = 0,037-0,061$). Portanto, parece promissor considerar o *burnout* e o desconforto psicológico como explicadores da ideação suicida.

Procurando testar a *Hipótese 4* do estudo, isto é, o desconforto psicológico mediará a correlação entre o *burnout* e a ideação suicida, procurou-se testar um modelo causal que contempla esse elemento de mediação. Especificamente, a análise de mediação foi realizada com modelagem por equações estruturais com o fim de testar as relações direta (efeito direto do *burnout* na ideação suicida) e indireta (efeito indireto do *burnout* na ideação suicida, medida pelo desconforto psicológico). Como o fim de testar os efeitos do *burnout* na ideação suicida, realizou-se o procedimento de *bootstrapping*. Neste caso, partiu-se de 5.000 amostras e intervalo de confiança de 95% para testar os efeitos direto, indireto e total. Os achados são representados na Figura 4 a seguir.

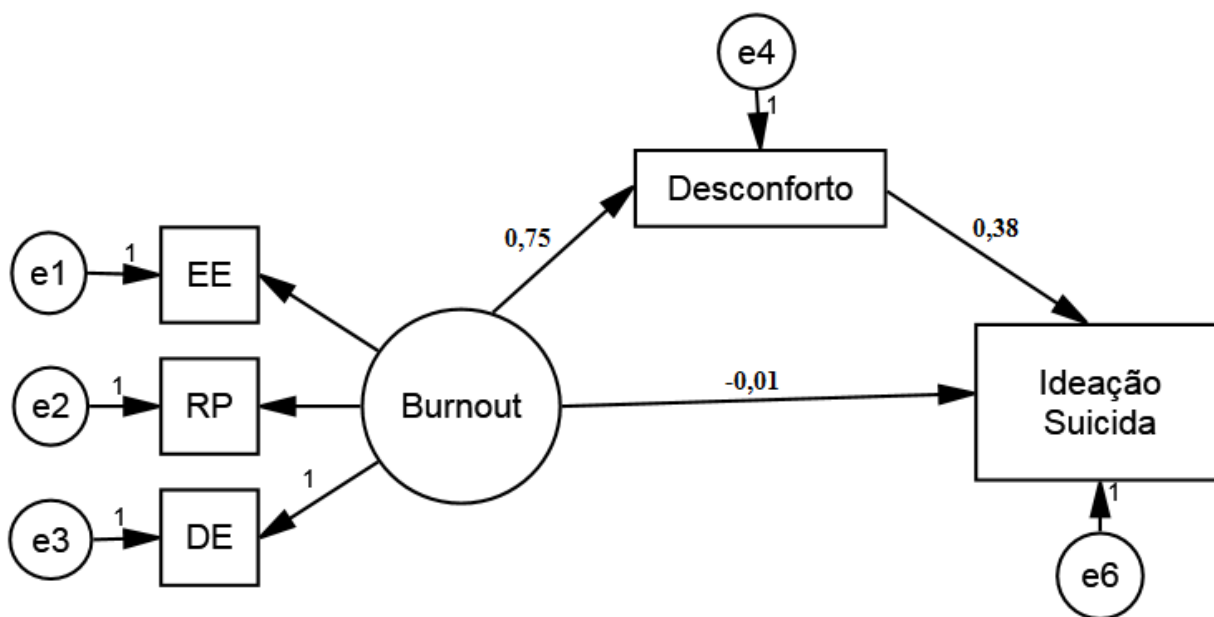


Figura 4. Modelo Causal com Efeitos Direto e Indireto do *Burnout* na Ideação Suicida

Os resultados desta análise indicaram que houve efeito direto positivo do *burnout* em relação ao desconforto psicológico [$\beta = 0,85$ (IC95% = 0,815, 0,887), $p < 0,001$], porém o *burnout* não teve efeito direto na ideação suicida [$\beta = -0,01$ (IC95% = -0,038, 0,023), $p > 0,05$]. Por fim, o *burnout* teve efeito indireto positivo na ideação suicida [$\beta = 0,19$, (IC95% = 0,162, 0,225), $p < 0,001$], que foi mediado pelo desconforto psicológico. Deste modo, corrobora-se a *Hipótese 4* do presente estudo.

Em suma, os achados da presente tese, que considerou mais de 6 mil participantes de todo o Brasil, apontam para a importância de considerar variáveis psicológicas resultantes de condições de trabalho, como podem ser a fadiga e o *burnout*, que têm implicações negativas em um componente psicológico central da saúde mental: o desconforto psicológico. Este tem em conta indicadores de ansiedade e depressão. Entretanto, os achados vão mais além, indicando que o desconforto psicológico pode acentuar o efeito do *burnout*, levando a ideação suicida, considerado um fator relevante

para explicar o cometimento de suicídio. Ressalta-se, ainda, que, na direção desses achados, as quatro hipóteses da presente tese foram corroboradas. Por fim, foram reunidas evidências psicométricas favoráveis acerca do PANSI no contexto brasileiro, favorecendo o avanço de estudos sobre este tema, sobretudo, mas não exclusivamente, entre profissionais da saúde. Esse conjunto de achados é discutido a seguir, considerando a literatura sobre o tema, sinalizando eventuais limitações do estudo, suas implicações práticas e uma agenda futura de pesquisas.

CAPÍTULO 8. DISCUSSÃO

A presente tese teve como objetivo compreender a relação entre a ideação suicida e condições psicológicas e laborais vivenciadas por médicos, com ênfase no *burnout*, no desconforto psicológico e na fadiga. A partir de uma abordagem quantitativa e amostra robusta, buscou-se reunir evidências de validade de uma medida de autorrelato da ideação suicida, conhecendo seus correlatos psicológicos, e elaborar um modelo explicativo teoricamentefundamentado da ideação suicida.

A discussão dos achados é conduzida em quatro partes: (1) apresentação das evidências de validade e consistência interna da medida de ideação suicida, (2) correlatos da ideação suicida, considerando a fadiga, o *burnout* e o desconforto psicológico, (3) elaboração de modelo preditivo e (4) testagem de modelo causal com mediação do desconforto psicológico para explicar a relação entre o *burnout* e a ideação suicida. No âmbito desses achados serão testadas as quatro hipóteses dessa tese, a saber: (a) a ideação suicida se correlacionará positivamente com os fatores do burnout; (b) a ideação suicida se correlacionará positivamente com o desconforto psicológico; (c) o *burnout* se correlacionará positivamente com o desconforto psicológico; e (d) o desconforto psicológico mediará a relação entre o *burnout* e ideação suicida. Entretanto, previamente, considera-se a medida de ideação suicida, mostrando evidências de sua adequação psicométrica. Por fim, são identificadas as limitações potenciais do estudo, ressaltado seu potencial para fundamentar programas de intervenção e, finalmente, mostrando que novas variáveis poderão ser consideradas em estudos futuros.

8.1 Estrutura Fatorial e Propriedades Psicométricas do PANSI

Os dados confirmaram a estrutura bifatorial do PANSI, refletindo duas dimensões distintas da ideação suicida: uma negativa, associada com a desesperança e os pensamentos autodestrutivos, e a outra positiva, vinculada a sentimentos de sentido da vida, esperança e desejo de viver. Os indicadores psicométricos foram robustos, mostrando que emergiram estes dois fatores, que explicaram acima de 60% da variância das pontuações dos participantes. Tais fatores apresentaram consistência interna acima do que tem sido convencionado na literatura, isto é, 0,70 (alfa de Cronbach; Nunnally, 1991; Pasquali, 2003). Estes achados estão em consonância aqueles descritos nos estudos de Osman *et al.* (1998) e Muehlenkamp *et al.* (2005), alinhados com adaptações

recentes desta medida em diferentes contextos culturais, incluindo China (Li *et al.*, 2021), Portugal (Silva *et al.*, 2024) e América Latina (Gómez-Restrepo *et al.*, 2023).

A presente pesquisa também contribui ao demonstrar a invariância fatorial do PANSI entre regiões brasileiras, fortalecendo sua aplicabilidade no contexto nacional. A dimensão positiva, pouco contemplada em outros instrumentos, representa um diferencial importante, uma vez que oferece informações não apenas sobre o risco, mas também acerca de fatores de proteção, como ter propósitos na vida, ser uma pessoa resiliente e contar com perspectiva de futuro (Batterham *et al.*, 2013). Isso se alinha à tendência de se integrar estratégias de prevenção e promoção em saúde mental, ao invés de atuar exclusivamente no campo da patologização.

Em revisões sistemáticas recentes, Andreotti *et al.* (2020) e Ghasemi *et al.* (2015) destacaram a escassez de instrumentos com evidências de validade que avaliem tanto aspectos positivos quanto negativos da ideação suicida, ressaltando a contribuição singular do PANSI. Ao utilizar uma medida que abarca essa dualidade, o estudo desta tese amplia a compreensão do fenômeno suicida, considerando-o não apenas sob a ótica do risco, mas também das possibilidades de enfrentamento e resiliência.

8.2 Correlações com Variáveis Psicológicas e Ocupacionais

As hipóteses 1 e 2 foram confirmadas pelos dados. A ideação suicida apresentou correlações positivas com todos os fatores de burnout, especialmente o esgotamento emocional e a despersonalização (Hipótese 1), bem como com o desconforto psicológico (Hipótese 2). Portanto, quanto maiores os sofrimentos emocional e ocupacional, tanto maior a probabilidade de a mente do médico ser povoada por pensamentos suicidas. Estudos anteriores, como os de Milner *et al.* (2018) e Souza *et al.* (2023), destacaram a sobrecarga emocional como um fator crítico para o adoecimento psíquico de profissionais da saúde, especialmente em contextos de trabalho sob pressão, como o vivenciado durante e após a pandemia de COVID-19 por médicos (mas, não exclusivamente).

Além disso, a Hipótese 3, que previa correlação positiva entre burnout e desconforto psicológico, também foi corroborada de forma significativa. Estudos recentes mostram que níveis elevados de burnout estão associados a maior sofrimento psíquico em médicos, evidenciado por uma correlação marcante entre exaustão emocional e sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Portanto, quanto maiores as demandas emocionais e ocupacionais, mais intensificado está o sofrimento e, consequentemente, maior a

propensão à ideação suicida (Alkhamees *et al.*, 2023).

Ainda no âmbito dos correlatos, os achados mostraram associações da ideação suicida com autodeclaração de transtornos mentais e doenças do sistema nervoso. Esses resultados corroboram aqueles de McHugh *et al.* (2019), que enfatizam a necessidade de escuta e triagem qualificadas, dado que a presença de ideação é um dos melhores preditores de tentativa de suicídio, mesmo quando não acompanhada de planejamento imediato. Adicionalmente, tais achados reforçam que a ideação suicida não é um fenômeno unicamente patológico, mas um indicativo de sofrimento que pode emergir em condições adversas, como o *burnout* crônico, o isolamento social e a sensação de ineficácia (Joiner, 2005; Shneidman, 1993).

Outro ponto importante se refere à associação inversa (negativa) entre a ideação suicida positiva e os demais indicadores de sofrimento (*i.e.*, Brás *et al.*, 2024). Isso sugere o potencial de intervenções pautadas nos presentes achados, que poderão estar dirigidas ao fortalecimento de recursos internos ou psicológicos. Por exemplo, Vancampfort *et al.* (2018) demonstraram que práticas de autocuidado e atividades físicas estão associadas com menores níveis de ideação suicida. Do modo similar, Holt *et al.* (2015) evidenciaram que o *bullying* no ambiente de trabalho foi um preditor de sofrimento psíquico e risco suicida, reforçando a necessidade de contar com ambientes institucionais mais saudáveis e protetivos.

8.3 Preditores Diretos da Ideação Suicida

A análise de regressão identificou o desconforto psicológico como o principal preditor da ideação suicida, seguido da realização pessoal (negativamente) e da fadiga. Esses três preditores explicaram mais de 50% da variância total da ideação, o que indica um modelo explicativo estatisticamente robusto. Esses achados reforçam que o sofrimento psíquico não se constitui apenas como um sintoma, mas se revela ainda como um mecanismo crítico por meio do qual as condições de trabalho impactam na saúde mental dos trabalhadores, isto é, os médicos na presente tese (OMS, 2024; Parent-Lamarche, Marchand & Saade, 2022).

A baixa realização pessoal, por sua vez, aponta para a importância do sentimento de eficácia e reconhecimento profissional como moderadores do sofrimento. Joiner (2005), ao propor a Teoria Interpessoal do Suicídio, argumenta que a sensação de ser um peso para os outros e a desconexão social são fatores centrais na ideação suicida

persistente. Essa sensação pode ser intensificada em razão de atuar em ambientes laborais onde a sobrecarga se soma à falta de sentido no trabalho, gerando desgaste profundo no trabalhador (Messias *et al.*, 2021).

Ainda que a fadiga tenha sido excluída do modelo causal final, seus efeitos enquanto sintoma de exaustão devem ser reconhecidos. Ela apareceu nesta tese como um preditor relevante na análise de regressão, reforçando a necessidade de programas de prevenção ao adoecimento que envolvam tanto a dimensão emocional quanto a gestão adequada da carga de trabalho (Janssen *et al.*, 2003; Rose *et al.*, 2017).

8.4 Modelo Causal: Mediação do Desconforto Psicológico

A Hipótese 4, que previa a mediação do desconforto psicológico entre *burnout* e ideação suicida, foi corroborada. A análise por equações estruturais revelou um efeito direto significativo de *burnout* no desconforto psicológico, mas nenhum efeito direto na ideação suicida. Por outro lado, o efeito indireto do *burnout* foi estatisticamente robusto, revelando que é por meio do desconforto emocional que o *burnout* impacta a ideação suicida. Este achado se alinha com as proposições teóricas de Hakanen *et al.* (2008), que identificam o desconforto psíquico como um elo crítico entre estressores ocupacionais e desfechos em saúde mental. Ademais, West *et al.* (2020) reforçam que o *burnout*, isoladamente, não determina adoecimentos graves, como a ideação suicida, a menos que esteja associado a sintomas de ansiedade e depressão. Nesse sentido, o modelo aqui testado avança na compreensão dos mecanismos envolvidos na promoção da ideação suicida, propondo uma rota explicativa plausível e estatisticamente sustentada.

Stanley *et al.* (2018), a partir da realização de uma meta-análise acerca do risco de ideação suicida e de suicídio, reforçam que variáveis psicológicas como a sensibilidade à ansiedade e a desesperança têm papel mediador entre condições estressoras e ideação suicida. Ao incorporar tais elementos no modelo, este estudo responde a lacunas apontadas por revisões sistemáticas e oferece subsídios importantes para o delineamento de intervenções clínico-institucionais.

Em suma, os achados desta tese reforçam a ideia de que a ideação suicida em trabalhadores da medicina é um fenômeno multideterminado, atravessado por dimensões individuais e contextuais. A validação do PANSI no contexto brasileiro, aliada à construção de um modelo explicativo mediado pelo desconforto emocional, oferece contribuições tanto para a avaliação quanto a intervenção em saúde mental ocupacional.

a. Aplicações Práticas e Teóricas dos Achados da Tese

A ideação suicida não pode ser compreendida como um desfecho único de um quadro psicopatológico, constituindo-se como parte de um *continuum* de sofrimento que se intensifica na medida em que os fatores de proteção diminuem e os estressores aumentam. Por isso, intervenções eficazes devem atuar sobre os diversos pontos desse *continuum*, por exemplo, prevenindo o *burnout*, reduzindo os sintomas emocionais, fortalecendo a sensação de realização e ampliando o acesso a redes de apoio.

No plano institucional, os achados desta tese sustentam a necessidade de políticas que promovam ambientes laborais saudáveis, que ofereçam condições adequadas de trabalho e reconheçam o papel central da saúde mental. A escuta qualificada, o acolhimento da demanda emocional e o monitoramento sistemático de indicadores de sofrimento devem fazer parte de protocolos institucionais (Shapiro & Galowitz, 2016). Ao validar um instrumento psicometricamente robusto e ao propor um modelo mediacional teoricamente sustentado, os achados da tese fornecem subsídios práticos para a identificação precoce de sofrimento psíquico em contextos de trabalho médico, onde a alta demanda, a sobrecarga emocional e a cultura de silêncio sobre o adoecimento mental ainda predominam. A aplicabilidade desses resultados transcende a avaliação individual, sugerindo caminhos para intervenções organizacionais e políticas institucionais mais eficazes.

Nesse sentido, a tese alinha-se diretamente aos princípios estabelecidos pela Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1), que determina a obrigatoriedade da gestão dos riscos psicossociais como parte integrante do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR). A inclusão desses riscos no inventário de perigos e nas estratégias preventivas reforça a necessidade de que instituições hospitalares e de ensino médico considerem o sofrimento psíquico como um componente real e mensurável da segurança ocupacional. Ao oferecer evidência empírica e modelo conceitual aplicável, esta pesquisa fortalece a base científica necessária para que gestores e profissionais de saúde do trabalho implementem ações integradas de promoção da saúde mental, prevenção do suicídio e valorização da vida dos médicos.

A presente tese avança na compreensão das relações entre o *burnout*, o sofrimento emocional (desconforto psicológico) e a ideação suicida entre médicos. Ao adotar uma abordagem psicométrica rigorosa, análises estatísticas robustas e referencial teórico consistente, os resultados oferecem subsídios concretos para a implementação de programas de prevenção ao suicídio em ambientes laborais, reafirmando o compromisso ético e científico da Psicologia com a proteção da vida.

Os resultados desta pesquisa confirmaram a estrutura bifatorial do PANSI, demonstrando sua adequação psicométrica e invariância fatorial entre as regiões brasileiras. A partir da aplicação do instrumento em uma ampla amostra de médicos, foi possível identificar que a ideação suicida apresenta associação com o *burnout*, a fadiga e, sobretudo, o desconforto psicológico. Adicionalmente, o modelo explicativo testado evidenciou que o *burnout* exerce influência indireta sobre a ideação suicida, mediado pelo desconforto emocional, o que reforça a centralidade do sofrimento psíquico como mecanismo de risco nesse contexto.

Esses achados têm importantes implicações teóricas e práticas. Teoricamente, a confirmação da estrutura bifatorial do PANSI em contexto laboral brasileiro amplia a base empírica sobre evidências de validade desta medida em outra cultura, evidenciando sua utilidade para avaliar tanto fatores de risco quanto de proteção à ideação suicida. Do ponto de vista prático, os dados reforçam a urgência de políticas institucionais de cuidado com a saúde mental de trabalhadores da saúde, sobretudo em contextos de exaustão profissional. Intervenções psicossociais que promovam o sentido de vida, a esperança e a autoestima podem funcionar como fatores protetivos eficazes, conforme sugerido pelos indicadores de ideação suicida positiva (West, Dyrbye & Shanafelt, 2018; Chew-Graham, 2016).

b. Limitações Potenciais e Estudos Futuros

No entanto, é importante reconhecer as limitações do presente estudo. A amostra, embora numerosa e abrangente geograficamente, foi composta por médicos voluntários, o que pode ter introduzido viés de autoseleção. Além disso, o delineamento correlacional não permite inferir relações causais definitivas entre as variáveis investigadas, mesmo com a utilização de modelagem por equações estruturais (Kline, 2023; Maxwell & Cole,

2007). Outro aspecto a considerar é a predominância de medidas autorrelatadas, que estão sujeitas a vieses de desejabilidade social ou subnotificação de sintomas relacionados ao suicídio (Latkin *et al.*, 2017; Joiner & Rudd, 2000; Turangeau, 2007). Outra limitação refere-se a um comparativo entre os locais de trabalho dos médicos, não foi possível delimitar se haveriam diferenças entre médicos da iniciativa pública ou privada, sendo importante realizar esse tipo de comparação em pesquisas futuras.

Por fim, pesquisas futuras poderão adotar delineamentos longitudinais para verificar a estabilidade temporal das relações identificadas e explorar a predição da ideação suicida ao longo do tempo. Também seria relevante avaliar a aplicação do PANSI em diferentes populações profissionais da saúde, bem como aprofundar a compreensão dos fatores que favorecem a ideação suicida positiva, reconhecida aqui como um recurso protetivo potencial. Além disso, investigações com estudantes universitários, sobretudo de Medicina, se mostram oportunas, considerando o crescente número de discentes que ingressam no ensino superior já apresentando comprometimentos de ordem emocional. A relação docente-discente, nesse contexto, também merece atenção, uma vez que a ausência de formação adequada dos professores para lidar com tais demandas pode gerar efeitos negativos sobre a saúde mental de ambas as partes. Não obstante, não se pode perder de vista a relevância que poderão ter nesse contexto os estudos qualitativos. Estes certamente poderão complementar os achados quantitativos, oferecendo uma compreensão mais rica das experiências subjetivas dos profissionais em contextos adversos do trabalho, que vivenciam desconforto psicológico, o que pode ser decisivo para emanar ideação suicida e resultar na prática drástica de acabar com a própria vida.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, R. A., Riffel, R. T., Acrani, G. O., & Lindemann, I. L. (2022). Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários da Atenção Primária à Saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 71 (2), 133-140.
<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000379>
- Alchieri, J. C. (2023). *Avaliação Psicológica: perspectivas e contextos*. Vetor Editora.
- Alkhamees, A. A., Aljohani, M. S., Kalani, S., Ali, A. M., Almatham, F., Alwabili, A., ... & Rutledge, T. (2023). Physician's burnout during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(5), 4598.
- American Psychiatric Association (APA). (2020). Mental health and patient safety: The impact of health professionals' well-being on quality of care. Washington, DC: APA Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andreotti, E. T., Ipuchima, J. R., Cazella, S. C., Beria, P., Bortoncello, C. F., Silveira, R. C., & Ferrão, Y. A. (2020). Instruments to assess suicide risk: a systematic review. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 42, 276-281.
<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0092>
- Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013). The stigma of suicide scale: Psychometric properties and correlates of the stigma of suicide. *Crisis*, 34 (1), 13–21. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000156>
- Borges, L. O., & Argolo, J. C. T. (2002). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 1 (1), 17-27.

- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22, 423-432.
- Brás, M., Cunha, A., Antunes, J., & Carmo, C. (2024). The positive and negative suicidal ideation inventory among Portuguese adolescents: factor structure and gender invariance. *European journal of investigation in health, psychology and education*, 14(4), 1002-1011.
- Bryan, C. J., Ray-Sannerud, B., Morrow, C. E., & Etienne, N. (2015). Suicide risk among military personnel and veterans: What clinicians need to know. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46 (4), 205–213.
<https://doi.org/10.1037/pro0000034>
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2004). Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em estudo*, 9, 499-505.
- Celik, S. U., Aslan, A., Coskun, E., Coban, B. N., Haner, Z., Kart, S., ... & Akyol, C. (2021). Prevalence and associated factors for burnout among attending general surgeons: a national cross-sectional survey. *BMC health services research*, 21, 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-06024-5>
- Chen, Y., Li, X., Zhang, W., & Sun, J. (2022). The mediating role of psychological distress in the relationship between burnout and suicidal ideation among healthcare workers: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 298, 300-308.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.037>
- Chew-Graham, C. (2016). Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*.
- Conexão Trabalho. (2023). *Ministério do Trabalho atualiza capítulo de Gerenciamento*

de Riscos Ocupacionais da NR-01 [Relatório Técnico nº 39].

<https://conexaotrabalho.portaldaindustria.com.br/media/publication/files/RT%20Informa%20-%20N.%2039%20SETEMBRO%20-%20Ministerio%20do%20Trabalho%20atualiza%20capitulo%20de%20Gerenciamento%20de%20Riscos%20Ocupacionais%20da%20NR%2001.pdf>

De Beer, L. T., van der Vaart, L., Escaffi-Schwarz, M., De Witte, H., & Schaufeli, W. B. (2024). Maslach Burnout Inventory—General survey: A systematic review and meta-analysis of measurement properties. *European Journal of Psychological Assessment*, 40 (5), 360-375.

de Sá, V. V., de Moraes, L. P., Fernandes, L. A. S., Tarlé, L. D. S. N., Verdin, M. P., de Melo Matos, M. L., ... & Caldeira Filho, M. L. (2022). A Síndrome de Burnout e os profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15 (1), e9518-e9518.
<https://doi.org/10.25248/reas.e9518.2022>

De Vries, J., Michielsen, H., Van Heck, G. L., & Drent, M. (2004). Measuring fatigue in sarcoidosis: the Fatigue Assessment Scale (FAS). *British journal of health psychology*, 9 (3), 279-291.

Duarte, I., Teixeira, A., & Lopes, A. (2022). Suicidal ideation among healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (5), 2765.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19052765>

Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., ... & Navel, V. (2019). Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 14 (12), e0226361.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>

- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., & Sinsky, C. A. (2017). Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM Perspectives*. <https://doi.org/10.31478/202003b>
- Dyrbye, L. N., West, C. P., Hunderfund, A. L., Sinsky, C. A., Trockel, M., Tutty, M., ... & Shanafelt, T. (2020). Relationship between burnout, professional behaviors, and cost-conscious attitudes among US physicians. *Journal of general internal medicine*, 35, 1465-1476.
- FIEMG. (2025). *Atualização da NR-01: Riscos Ocupacionais* [Infotrab nº 06 – março de 2025]. Federação das Indústrias do Estado de Minas Gerais. <https://www.fiemg.com.br/wp-content/uploads/2025/01/Infotrab-no-06-marco-2025-Atualizacao-NR-01-Riscos-Ocupacionais.pdf>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological bulletin*, 143 (2), 187.
- Ghasemi, P., Shaghaghi, A., & Allahverdipour, H. (2015). Measurement scales of suicidal ideation and attitudes: a systematic review article. *Health promotion perspectives*, 5 (3), 156. <https://doi.org/10.15171/hpp.2015.019>
- Gouveia, V. V., de Oliveira, G. F., Mendes, L. A. d. C., de Souza, L. E. C., Cavalcanti, T. M., & de Melo, R. L. P. (2015). Escala de avaliação da fadiga: Adaptação para profissionais da saúde. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 15 (3), 246-256.
- Gouveia, V.V., Lima, T. J. S., Gouveia, R. S. V., Freires, L. A., & Barbosa, L. H. G. M. (2012). Questionário de Saúde Geral (QSG-12): O efeito de itens negativos em sua estrutura fatorial. *Cadernos de Saúde Pública*, 28 (2) doi: 10.1590/S0102-311X2012000200016

- Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B., & Ahola, K. (2008). The Job Demands-Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, 22 (3), 224–241.
<https://doi.org/10.1080/02678370802379432>
- Hälso- och sjukvårdsrapporten (2021). Om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården. Sveriges Kommuner och Regioner. Disponibel em:
<https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef3874a/1642165297755/7585-936-1.pdf>
- Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., & Gunnell, D. (2016). Hazell, P.,... van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016 (5),[CD012189].
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012189>.
- Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., DeGue, S., Matjasko, J. L., ... & Reid, G. (2015). Bullying and suicidal ideation and behaviors: A meta-analysis. *Pediatrics*, 135 (2), e496-e509. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1864>
- Janssen, N., Kant, I. J., Swaen, G. M. H., Janssen, P. P. M., & Schröer, C. A. P. (2003). Fatigue as a predictor of sickness absence: results from the Maastricht cohort study on fatigue at work. *Occupational and environmental medicine*, 60(suppl 1), i71-i76.
- Joiner Jr, T. E., & Rudd, M. D. (2000). Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 909.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Jones, N. M., Johnson, M., Sathappan, A. V., & Torous, J. (2021). Benefits and

- limitations of implementing mental health apps among the working population. *Psychiatric Annals*, 51 (2), 76-83.
- Kessler, R. C., Kazdin, A. E., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Altwajri, Y. A., ... & WHO World Mental Health Survey collaborators. (2022). Patterns and correlates of patient-reported helpfulness of treatment for common mental and substance use disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*, 21 (2), 272-286.
- Kim, J., Lee, H., & Park, S. (2021). Fatigue and its association with suicidal ideation in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Occupational and Environmental Medicine*, 78 (8), 564-570. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106949>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Lacerda, M. V. D. M., Amestoy, S. C., Jacondino, C. B., Silva, G. T. R. D., Santos, I. A. R. D., Boaventura, V. R., ... & Tenório, A. K. D. C. (2023). Inteligência emocional entre estudantes de enfermagem na pandemia de COVID-19. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36, eAPE01302.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3 (3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Latkin, C. A., Edwards, C., Davey-Rothwell, M. A., & Tobin, K. E. (2017). The

- relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addictive behaviors*, 73, 133-136.
- Li, Z., Yi, X., Zhong, M., Li, Z., Xiang, W., Wu, S., & Xiong, Z. (2021). Psychological distress, social support, coping style, and perceived stress among medical staff and medical students in the early stages of the COVID-19 epidemic in China. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 664808.
- Lima, S. O., da Silva, M. A., Santos, M. L. D., & de Jesus, C. V. F. (2020). Reflexão sobre o estado físico e mental dos profissionais de saúde em época de Covid-19. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente*, 8 (2), 142-151.
- Martín, V., Vázquez, J., Navarro, C., & Domínguez, J. (2020). Effect of shot peening residual stresses and surface roughness on fretting fatigue strength of Al 7075-T651. *Tribology International*, 142, 106004.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15 (2), 103-111.
<https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maxwell, S. E., & Cole, D. A. (2007). Bias in cross-sectional analyses of longitudinal mediation. *Psychological methods*, 12(1), 23.
- Mayer Brown. (2025). *Changes to NR-1: Educational and informative inspections until May 2026*.
<https://www.mayerbrown.com/en/insights/publications/2025/05/changes-to-nr1-educational-and-informative-inspections-until-may-2026>
- Mazza, M., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2021). A nationwide survey of psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy: Immediate impact and factors associated.

- European Psychiatry, 64 (1), e22. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.22>
- McGowan, E., Hale, J., Bezner, J., Harwood, K., Green-Wilson, J., & Stokes, E. (2020). Leadership development of health and social care professionals: a systematic review. *BMJ Leader*, leader-2020.
- McHugh, C. M., Corderoy, A., Ryan, C. J., Hickie, I. B., & Large, M. M. (2019). Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych open*, 5 (2), e18. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.88>.
- Meier, A., Jones, S., & Roberts, K. (2021). Suicidal ideation in healthcare workers: A meta-analytic review. *Occupational Medicine*, 71 (2), 89-97. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa153>
- Messias, E., Flynn, V., Gathright, M., Thrush, C., Atkinson, T., & Thapa, P. (2021). Loss of meaning at work associated with burnout risk in academic medicine. *Southern Medical Journal*, 114(3), 139-143.
- Milner, A., Witt, K., Maheen, H., & LaMontagne, A. D. (2018). Suicide among emergency and protective service workers: A retrospective mortality study in Australia, 2001 to 2012. *Work*, 60 (1), 141–147. <https://doi.org/10.3233/WOR-172554>
- Ministério do Trabalho e Emprego. (2022). *Norma Regulamentadora nº 1 – Disposições gerais e gerenciamento de riscos ocupacionais (versão atualizada)* [PDF]. Governo Federal. <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/nr-01-atualizada-2022.pdf>
- Ministério do Trabalho e Emprego. (2025). *NR-1 – Disposições gerais e gerenciamento de riscos ocupacionais*. Governo Federal. <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos->

[colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/nr-1](#)

- Monteiro, A. S. (2024). *Um difícil adolescer: estudo narrativo sobre o suicídio na adolescência*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Pontifícia Universidade Católica de Goiás]. Repositório Institucional PUC Goiás.
<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/7964/1/TCC-%20SUICIDIO%20-%20ALANNA%202024.pdf>
- Nunes, J. K. V. R. S., Melo, V., de Figueiredo, S., Santos, J. V. S., da Silva Mendes, N. M. L., & de Figueiredo Neto, J. A. (2022). Ansiedade e depressão em estudantes de medicina: estudo transversal. *Revista de Medicina*, 101 (6).<https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i6e-195874>
- Nunnally, J. C. (1991). *Teoría psicométrica*. México, DF: Trillas.
- Oliveira, G. C. D., Reis, S. C. C., & Borges, E. (2024). Falando sobre o suicídio: prevenção e promoção de vida entre adolescentes. *Fractal: Revista de Psicologia*, 36, e6013.<https://doi.org/10.22409/1984-0292/2024/v36/6013>
- Organização Mundial da Saúde. (2024). *Mental health at work: Policy brief*. Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240062068>
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Jiandani, J., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Linden, S. C., & Truelove, R. S. (2003). A preliminary validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory with normal adolescent samples. *Journal of clinical psychology*, 59 (4), 493-512. <https://doi.org/10.1002/jclp.10154>
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Chiro, C. E. (1998). The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory: Development and validation. *Psychological Reports*, 82 (3_suppl), 783–793.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1998.82.3.783>

- Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., ... & Esmail, A. (2021). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 177 (2), 195-205. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674>
- Pappa, S., Athanasiou, N., Sakkas, N., Patrinos, S., Sakka, E., Barmparessou, Z., ... & Katsaounou, P. (2021). From recession to depression? Prevalence and correlates of depression, anxiety, traumatic stress and burnout in healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Greece: A multi-center, cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 18 (5), 2390.
- Parent-Lamarche, A., Marchand, A., & Saade, S. (2022). Psychological distress in the workplace: The indirect contribution of work organization conditions to work performance. *WORK*, 72(4), 1469-1480. <https://doi.org/10.3233/WOR-210843> (Original work published 2022)
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Pereira, P. O. B., de Souza, M. P., Cascais, S. R., Jastrow, J. M. B., Lopez, A. G. P., de Araújo, J. B., ... & Leitão, F. N. C. (2023). Suicídio em Profissionais de Segurança Pública: Suicide in Public Security Professionals. *Revista de Epidemiologia e Saúde Pública-RESP*, 1 (3).
- Porto-Martins, P. C., Basso-Machado, P. G., & Benevides-Pereira, A. M. T. (2013). Engagement no trabalho: uma discussão teórica. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25, 629-644. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000300013>
- Reynolds, W. M. (1991). Adult suicidal ideation questionnaire. *Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1037/t03904-000>
- Ribeiro, D. B., Terra, M. G., Soccol, K. L. S., Schneider, J. F., Camillo, L. A., & Plein,

- F. A. D. S. (2016). Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. *Revista gaúcha de Enfermagem*, 37, e54896.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54896>
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological medicine*, 46 (2), 225-236.
- Rodrigues, H., Sousa, I., & Ferreira, M. (2021). Burnout and suicidal ideation in healthcare professionals: The mediating role of depression and anxiety symptoms. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28 (4), 736-745.
<https://doi.org/10.1007/s10880-021-09790-4>
- Rose, D. M., Seidler, A., Nübling, M., Latza, U., Brähler, E., Klein, E. M., ... & Beutel, M. E. (2017). Associations of fatigue to work-related stress, mental and physical health in an employed community sample. *BMC psychiatry*, 17, 1-8.
- Santana, F., Silva, T., & Pereira, J. (2023). Psychological distress mediates the association between burnout and suicidal ideation among healthcare workers during the pandemic. *Psychiatry Research*, 318, 114931.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.114931>
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2010). Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. *Work engagement: A handbook of essential theory and research*, 12 (2010), 10-24.
<https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/326.pdf>
- Shanafelt, T. D., Makowski, M. S., Wang, H., Bohman, B., Leonard, M., Harrington, R. A., ... & Trockel, M. (2020). Association of burnout, professional fulfillment, and self-care practices of physician leaders with their independently rated leadership

- effectiveness. *JAMA network open*, 3 (6), e207961-e207961.
- Shanafelt, T. D., Ripp, J., & Trockel, M. (2021). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*, 323 (21), 2133–2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- Shanafelt, T. D., West, C. P., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Satele, D. V., ... & Dyrbye, L. N. (2019, September). Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 94, No. 9, pp. 1681-1694). Elsevier.
- Shapiro, J., & Galowitz, P. (2016). Peer support for clinicians: a programmatic approach. *Academic Medicine*, 91(9), 1200-1204.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.
- Silva, D. B. P., Souza, L. G., & Melo, A. (2022). Psychometric validation of the Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI) in Brazilian healthcare professionals. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 44 (1), 25-33. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2021-2309>
- Silva, H. F. R., & Pucci, S. H. M. (2021). Transtornos mentais como fator de risco para suicídio e ideação suicida. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11 (68), 7227-7242. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7227-7242>
- Smith, J. G., Urban, R. W., & Wilson, S. T. (2022, May). Association of stress, resilience, and nursing student incivility during COVID-19. In *Nursing Forum* (Vol. 57, No. 3, pp. 374-381). <https://doi.org/10.1111/nuf.12694>
- Souza, L. C., Galvão, L. P., Paiva, H. S., Périco, C. D. A. M., Ventriglio, A., Torales, J., ... & Martins-da-Silva, A. S. (2023). Major depressive disorder as a risk factor for suicidal ideation for attendees of educational institutions: a meta-analysis and meta-

- regression. *Revista Paulista de Pediatria*, 41, e2021344.
<https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021344>.
- Stanley, I. H., Boffa, J. W., Rogers, M. L., Hom, M. A., Albanese, B. J., Chu, C., ... & Joiner, T. E. (2018). Anxiety sensitivity and suicidal ideation/suicide risk: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86 (11), 946.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000342>.
- Tamayo, M. R., Argolo, J. C. T., & Borges, L. D. O. (2005). Burnout em profissionais de saúde: um estudo com trabalhadores do município de Natal. *Os profissionais de saúde e seu trabalho*, 223-246.
- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological bulletin*, 133(5), 859.
- Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Rosenbaum, S., Schuch, F. B., Mugisha, J., ... & Stubbs, B. (2018). Physical activity and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 225, 438-448.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.070>.
- Villacura-Herrera, C., Acosta-Antognoni, H., Maldonado, J., Arriaza, F., Cancino-Letelier, N., Nvo-Fernández, M., & Schaufeli, W. B. (2025). Burnout Assessment Tool: A reliability generalisation meta-analysis. *Work & Stress*, 1-28.
<https://doi.org/10.1080/02678373.2025.2484758>
- Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S. M., Muhidin, S., Javanmard, Z., & Esmaeili, M. (2020). The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 19, 1967-1978.
<https://doi.org/10.1007/s40200-020-00643-9>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of internal medicine*, 283(6), 516-529.

- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2020). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283 (6), 516–529.
[https://doi.org/ 10.1111/joim.12752](https://doi.org/10.1111/joim.12752)
- World Health Organization (WHO). (2021). Mental health in the workplace. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization (WHO). (2023). Preventing suicide: A global imperative. Geneva: WHO Press.
- Yildirim, N., Yesilbas, H., & Kantek, F. (2023). Interventions to reduce nurses' burnout: A systematic review and meta-analysis. *Japan Journal of Nursing Science*, 20 (4), 1-14.
- Zhang, Q., Dong, G., Meng, W., Chen, Z., Cao, Y., & Zhang, M. (2022). Perceived stress and psychological impact among healthcare workers at a Tertiary Hospital in China during the COVID-19 outbreak: the moderating role of resilience and social support. *Frontiers in psychiatry*, 12, 570971.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.570971>

ANEXOS

ANEXO I. Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI)

Abaixo encontra-se uma lista de afirmações que podem, ou não, aplicar-se a você. Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e faça um círculo à volta do número apropriado, que se encontra no espaço à direita de cada afirmação.

Durante as **últimas duas semanas**, incluindo hoje, com que frequência você tem:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito
1. Considerado seriamente a possibilidade de dar fim a sua vida por não conseguir atender às expectativas dos outros?	1	2	3	4	5
2. Sentido que tem controle sobre a maioria das situações em sua vida?	1	2	3	4	5
3. Se sentido sem esperança em relação ao futuro e considerado dar fim a sua vida?	1	2	3	4	5
4. Se sentido tão infeliz no relacionamento com sua (seu) companheiro (a) que preferiria estar morto (a)?	1	2	3	4	5
5. Pensado em dar fim a sua vida por não conseguir ter ao seu lado a pessoa amada?	1	2	3	4	5
6. Sentido esperança em relação ao futuro porque as coisas estão indo bem na sua vida?	1	2	3	4	5
7. Pensado em dar fim a sua vida por não encontrar soluções para seus problemas pessoais?	1	2	3	4	5
8. Se sentido entusiasmado pelo seu sucesso nos estudos e/ou no trabalho?	1	2	3	4	5
9. Pensado em se matar porque acha que tudo tem dado errado até agora?	1	2	3	4	5
10. Sentido que os problemas em sua vida são tão grandes que o suicídio seria a única opção?	1	2	3	4	5
11. Se sentido tão só e triste que a possibilidade do suicídio lhe parece a forma mais adequada de acabar com o seu sofrimento?	1	2	3	4	5
12. Se sentido confiante acerca de sua capacidade de lidar com a maioria dos problemas de sua vida.	1	2	3	4	5
13. Sentido que a vida merece ser vivida?	1	2	3	4	5
14. Sentido confiante sobre os seus planos para o futuro?	1	2	3	4	5

ANEXO II. Questionário de Saúde Geral (QSG-12)

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL

INSTRUÇÕES. Abaixo encontram-se algumas afirmações que tem relação a como você tem se sentido. Por favor, escolha um dos números na escala abaixo que melhor expressa a frequência em relação ao que se adequa às suas características cotidianas. Vale ressaltar que não existem respostas certas ou erradas. Pedimos a sua total sinceridade nas respostas. Circule o número correspondente a como você se sente nas escalas:

Com que frequência...						
Tem notado que está agoniado?	Absolutamente não	1	2	3	4	Mais do que de costume
Tem se sentido pouco feliz e deprimido?	Absolutamente não	1	2	3	4	Mais do que de costume
Suas preocupações lhe tem feito perder muito sono?	Absolutamente não	1	2	3	4	Mais do que de costume
Tem pensado que não serve para nada?	Absolutamente não	1	2	3	4	Mais do que de costume
Tem perdido a confiança em si mesmo?	Absolutamente não	1	2	3	4	Mais do que de costume
Tem sensação de não superar as dificuldades?	Absolutamente não	1	2	3	4	Mais do que de costume
Com que frequência você...						
Sente-se razoavelmente feliz?	Mais do que de costume	1	2	3	4	Muito menos do que de costume
Tem sido capaz de enfrentar problemas?	Mais do que de costume	1	2	3	4	Muito menos do que de costume
Tem se sentido capaz de tomar decisões?	Mais do que de costume	1	2	3	4	Muito menos do que de costume
Tem sido capaz de desfrutar de atividades?	Mais do que de costume	1	2	3	4	Muito menos do que de costume
Tem podido concentrar-se no que faz?	Mais do que de costume	1	2	3	4	Muito menos do que de costume
Tem sentido que tem papel útil na vida?	Mais do que de costume	1	2	3	4	Muito menos do que de costume

ANEXO III. Escala de Avaliação da Fadiga.

INSTRUÇÕES. As próximas dez questões referem-se a como você se sente cotidianamente. Por favor, marque uma resposta para cada questão, mesmo se você não tiver reclamações no momento.

	Nunca	Às vezes	Regular	Frequent	Sempre
1. Sinto-me incomodado pela fadiga.	1	2	3	4	5
2. Fico cansado (a) muito rapidamente.					
3. Não faço muita coisa durante o dia.					
4. Tenho energia suficiente para o dia a dia.					
5. Fisicamente, eu me sinto exausto (a).					
6. Tenho problemas para começar coisas.					
7. Tenho problemas para pensar com clareza.					
8. Não sinto desejo de fazer nada.					
9. Mentalmente, eu me sinto exausto (a).					
10. Quando eu vou fazer algo, consigo me concentrar muito bem.					

APENDICES

APÊNDICE I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTODEPSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)

Prezado (a) **PARTICIPANTE DE PESQUISA**,

Os pesquisadores Sandra Helena Campos Cardoso Reis e Valdiney Veloso Gouveia convidam você a participar da pesquisa intitulada “Ideação Suicida: Medida, Correlatos e Modelo Explicativo”. Para tanto você precisará assinar o TCLE que visa assegurar a proteção, a autonomia e o respeito aos participantes de pesquisa em todas as suas dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual – e que a estruturação, o conteúdo e forma de obtenção dele observam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos preconizadas pela **Resolução 466/2012 e/ou Resolução 510/2016**, do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Sua decisão de participar neste estudo deve ser voluntária e que ela não resultará em nenhum custo ou ônus financeiro para você (ou para o seu empregador, quando for este o caso) e que você não sofrerá nenhum tipo de prejuízo ou punição caso decida não participar desta pesquisa. Todos os dados e informações fornecidos por você serão tratados de forma anônima/sigilosa, não permitindo a sua identificação.

Esta pesquisa tem por objetivo analisar os fatores psicológicos e laborais associados à ideação suicida em trabalhadores da saúde, com especial atenção ao papel do *burnout*, do desconforto psicológico e da fadiga, por meio de evidências psicométricas e modelagem estatística explicativa.

Trata-se de pesquisa de levantamento com medidas de autorrelato e para participar da pesquisa bastará responder de maneira sincera aos instrumentos apresentados, destaca-se

que não há respostas certas ou erradas.

Como qualquer pesquisa esta também oferece riscos tais como cansaço, constrangimento ou se sentir afetado (a) pelas afirmações contidas nos instrumentos. Declaramos que em caso de necessidade, os pesquisadores estão disponíveis para auxílio imediato e encaminhamento a atendimento psicológico e/ou psiquiátrico recomendado.

Benefícios ao (à) Participante da Pesquisa

Os benefícios desta pesquisa estão relacionados à colaboração do estudo para a criação de políticas públicas de saúde mental voltada aos trabalhadores da área da saúde.

Informação de Contato do Responsável Principal e de Demais Membros da Equipe de Pesquisa

Sandra Helena Campos Cardoso Reis (Responsável Principal pela Pesquisa)
Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba
shccreis@hotmail.com - (83) 3216-7337

Endereço e Informações de Contato da Universidade Federal da Paraíba

Universidade Federal da Paraíba, Campus I Lot. Cidade Universitaria, PB,
58051-900, Departamento de Psicologia, (83) 3216-7200, www.ufpb.br

Endereço e Informações de Contato do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/CCS/UFPB

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)
Centro de Ciências da Saúde (1º andar) da Universidade
Federal da Paraíba Campus I – Cidade Universitária / CEP:
58.051-900 – João Pessoa-PB Telefone: +55 (83) 3216-
7791
E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br
Horário de Funcionamento: de 07h às 12h e de
13h às 16h. Homepage:
<http://www.ccs.ufpb.br/eticaccsufpb>

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao colocar sua assinatura ao final deste documento, **VOCÊ**, de forma voluntária, na qualidade de **PARTICIPANTE** da pesquisa, expressa o seu **consentimento livre e esclarecido** para participar deste estudo e declara que está suficientemente informado (a), de maneira clara e objetiva, acerca da presente investigação. E receberá uma cópia deste **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**, assinada pelo (a) Pesquisador (a) Responsável.

João Pessoa-PB, Data

Assinatura, por extenso, do (a) Participante da Pesquisa

Assinatura, por extenso, do (a) Pesquisador (a) Responsável pela
pesquisa

APÊNDICE II. Questionário Sociodemográfico

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado Civil: () Solteiro (a) () Casado (a) () Viúvo (a) () Divorciado (a)

Você tem alguma doença? () SIM () NÃO

Caso tenha respondido sim, qual? _____

Você tem algum transtorno mental diagnosticado? () SIM () NÃO

Caso tenha respondido sim, qual? _____

Você tem alguma doença do sistema nervoso? () SIM () NÃO

Caso tenha respondido sim, qual? _____