



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RAFAEL NOBRE LOPES

A VOZ QUE DEVE SER OUVIDA:
IDEAÇÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA EM UNIVERSITÁRIOS DE
MEDICINA

SOBRAL (CE)

2019

RAFAEL NOBRE LOPES

A VOZ QUE DEVE SER OUVIDA:
IDEAÇÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA EM UNIVERSITÁRIOS DE MEDICINA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira

Coorientador: Prof. Dr. Fernando Daniel de Oliveira Mayorga

SOBRAL (CE)
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L855 Lopes, Rafael Nobre.

A VOZ QUE DEVE SER OUVIDA: : IDEIAÇÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA
EM UNIVERSITÁRIOS DE MEDICINA / Rafael Nobre Lopes. – 2019.

139 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de
Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2019.

Orientação: Prof. Dr. Roberta Cavalcante Muniz Lira.

Coorientação: Prof. Dr. Fernando Daniel de Oliveira Mayorga.

1. Suicídio. 2. Formação médica. 3. Satisfação com a vida. 4. Saúde da família. I. Título.

CDD 610

RAFAEL NOBRE LOPES

A VOZ QUE DEVE SER OUVIDA:
IDEAÇÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA EM UNIVERSITÁRIOS DE MEDICINA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Aprovada em: 21/11/2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Fernando Daniel de Oliveira Mayorga (Coorientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Profa. Dra. Francisca Denise Silva do Nascimento
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Francisco Mirtiel Frankson Moura Castro
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Dedico este trabalho a todos os estudantes de medicina, que buscam no enfrentamento diário de seus próprios monstros o encontro com a vida. Com força e coragem, desejo que descubram no breu a constelação que possuem. Lembrem-se: o sucesso não vem quando tentamos ser perfeitos, ele acontece enquanto buscamos ser melhores.

AGRADECIMENTOS

À Sandra, minha esposa, meu amor, meu porto seguro, pela compreensão nos momentos de ausência e pelo apoio inestimável em toda minha caminhada. Você me traz de volta sempre ao que realmente importa, ao essencial da vida. Te amo!

Agradeço à minha filha Ana Sara, espelho do que há de melhor em mim. Que exala uma surpreendente inteligência espontânea acompanhada da doçura e inocência de criança. O Universo lhe proteja de qualquer escuridão que tente se aproximar de você, e que você sempre tenha a força para viver.

Agradeço com carinho à querida Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira, que abraçou minhas ideias, me orientou e acolheu de forma intensa sem me desviar do caminho que escolhi, mas me deu novos horizontes a vislumbrar.

Ao Prof. Dr. Fernando Daniel de Oliveira Mayorga, por ser mais que coorientador, um aliado que me incentivou à descoberta da estatística. Obrigado pela paciência de me explicar repetidamente cálculos e gráficos, e pelo valioso trabalho de análise realizado.

À Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira, que já nas disciplinas do programa, se fez exemplo a ser seguido. És inspiração!

À Profa. Dra. Francisca Denise Silva do Nascimento, que os acasos da vida nos fizeram aproximar, através de nossos filhos. Muito obrigado por sua contribuição.

Ao Prof. Dr. Francisco Mirtiel Frankson Moura Castro, exemplo de vitória diante de adversidades, por ter aceitado o convite de contribuição de forma tão célere.

Ao amigo Ênio, que cito parte da história ao descrever o percurso rumo ao meu objeto. Obrigado pela inspiração à pesquisa, e desculpe-me por minha incapacidade de ser pilar de apoio no momento que mais precisou. Espero que esteja em paz, nos braços do Criador.

Aos amigos e parceiros de Saúde Mental, em especial Giovanni Granjeiro, Narceli Azevedo, Patrick Amâncio, Ana Lívia, Arthur Borges, Igor Martins, Niedja Maruccy, Mikkael Duarte, Abraão Santana, Alisson Mororó, Cezar Augusto Ferreira, Hamilton Peixoto, Aline Teles, Thatiane Silveira, Eudes Duarte e todos que contribuíram na minha formação.

Aos meus amigos Aline e Rafael Queiroz, Ecy e Hugo Viñas, Dan e Camila Figueiredo, Germanias Silva (“Germano”), Alex Silva, Jean Carlos Fernandes, José Gurgel Neto, Diego Mendes e tantos outros, pelos momentos de suporte quando eu necessitava de uma simples conversa ou risos... como é reconhecido, amigos formam o suporte que melhora nossa qualidade de vida.

Aos profissionais que atuam na FAMED – UFC, Sobral, pelo apoio e incentivo, sempre à disposição quando solicitados – Tarcisio, Regina, Almino, Sandro, Cris e tantos outros - especialmente Keila Gadelha, obrigado!

Agradeço aos meus pais, Adauto e Fátima, pelo exemplo de vida, pela dedicação, por me ensinar a valorizar o conhecimento... vocês foram responsáveis pela maior herança da minha vida: meus estudos. Por tudo, obrigado!

Agradeço ao meu irmão Samuel, pela compreensão nos momentos de afastamento e pelo carinho gratuito que demonstra sempre que nos reencontramos.

Agradeço a meu sogro, sogra e cunhados, pelo apoio e presença de sempre.

À toda minha família e àqueles que considero família, por acreditarem em mim.

E, por último, o mais importante. Agradeço àquela força vital de luz que chamo de Deus, mas que detém tantos outros nomes. Me destes uma estrela, e diariamente luto para fazer dela um sol, enquanto muitos não a veem. Por isto, agradeço a Ti.

Uma parte de mim é todo mundo; outra parte é ninguém: fundo sem fundo. Uma parte de mim é multidão: outra parte estranheza e solidão. Uma parte de mim pesa, pondera; outra parte delira. Uma parte de mim almoça e janta; outra parte se espanta. Uma parte de mim é permanente; outra parte se sabe de repente. Uma parte de mim é só vertigem; outra parte, linguagem. Traduzir uma parte na outra parte - que é uma questão de vida ou morte - será arte? (Ferreira Gullar)

RESUMO

Suicídio é um fenômeno histórico de caráter dilemático, complexo e multidimensional que se define como o ato de findar a própria vida e possui ideias periféricas relacionadas a motivação e intencionalidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde, se configura atualmente como problema de saúde pública. Sofrimento mental e comportamentos suicidas têm sido apontados como fatores de risco entre acadêmicos de medicina. Tivemos com objetivo, portanto, analisar que associação existe entre comportamento suicida e satisfação com a vida em estudantes de graduação em medicina de uma universidade pública do interior do estado do Ceará, em 2017. Para tanto, realizamos uma pesquisa quantitativa-qualitativa. Iniciamos traçando o perfil socioeconômico através de uma ficha de identificação. A seguir, procedemos com a primeira fase, quantitativa, transversal, observacional, cujos dados foram obtidos utilizando uma escala validada de Avaliação da Satisfação com a Vida em acadêmicos, com análise estatística descritiva e inferencial. A segunda, qualitativa, configurou-se como estudo de caso descritivo, mediante entrevista estruturada em indivíduos selecionados aleatoriamente, com posterior análise de conteúdo de Bardin. Por fim, realizamos a triangulação dos dados para compreensão aprofundada. Os sujeitos foram 440 acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral. Os resultados evidenciaram que há uma relação de mão dupla entre satisfação com a vida e comportamentos suicidas, que sofrem influências da faculdade de medicina, envolvendo o excessivo conteúdo em tempo mínimo, a competitividade intensa, a ausência da família, a substituição da vida pessoal por aquela limitada ao curso e os aspectos inerentes deste, como lidar com morte e doença. Assim, evidenciamos a necessidade proeminente de dialogar de maneira amplificada sobre esta temática, assim como de assistir aos estudantes em seus sofrimentos e vulnerabilidades relacionados ao curso. Destacamos a importância da **fala**, em detrimento do silêncio da dor que se faz presente e se torna naturalizado, a fim de caminharmos de mãos dadas junto à promoção da qualidade de vida dos estudantes e consequente prevenção do suicídio. Isso tem reflexos diretos nos aspectos de humanização, empatia e cuidado com o outro por parte do futuro profissional médico, que são dimensões fundamentais para um exercício profissional de excelência na Estratégia Saúde da Família e na saúde pública em geral.

Palavras-chave: Suicídio. Formação médica. Satisfação com a vida. Saúde da família.

ABSTRACT

Suicide is a dilemmatic and complex phenomenon defined in general as the act of finishing one's own life on free will. However, it contains peripheral ideas of motivation and intentionality. According to The Health World Organization, suicide is undoubtedly a worldwide major challenge for the public health. Psychological suffering and suicidal behavior have been pointed as risk factors among medical school students. We have suggested an association between suicidal ideation and life satisfaction, and our main goal in this study is to investigate this potential association in medical school students, in 2017. For this purpose, we developed a quantitative-qualitative research, beginning with the social-economic delineation using an "Identification Form". After, we went through the quantitative phase of the study, obtaining data through an adapted validated Student's Life Satisfaction Scale, which data were analyzed using SPSS to produce descriptive and inferential statistics. The second part consisted in a descriptive qualitative case study, using a structured interview elaborated by the authors and conducted with randomly selected students, with posterior content analysis as proposed by Bardin. Finally, we used triangulation as a way of assuring the validity of the research through. Our subjects were 440 medical students of Federal University of Ceara, Sobral. The results indicate that there is a two-way relationship between life satisfaction and suicidal behavior. This relationship is affected by medical school and involves massive study in minimal time, extreme competitiveness, absence of family, replacing personal life with life limited to faculty and inherent aspects of medical school, such as dealing with disease and death. We evinced the prominent necessity to amplify our dialogues about this phenomenon, as well as to assist the students in their vulnerabilities involving medical course. We highlight the importance of **speech and talking**, instead of the silence on the pain that makes itself present and becomes naturalized. We need to walk together pursuing better quality of life and consequently promoting suicide prevention. This reflects directly on medical professional aspects like humanization, empathy behavior and patients care, which are fundamental aspects leading to a professional actuation of excellence in Family Health Programs and public health in general.

Keywords: Suicide. Medical education. Life satisfaction. Family health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	– Suicídio e doenças mentais	43
Figura 02	– Interpretação de Box Plot	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	– Box Plot: MSS Geral	66
Gráfico 02	– Box Plot: MSS por Semestre	66
Gráfico 03	– Box Plot: Dimensão Família	68
Gráfico 04	– Box Plot: Dimensão Família por Semestre	68
Gráfico 05	– Box Plot: Dimensão Amigos	69
Gráfico 06	– Box Plot: Dimensão Amigos por Semestre	69
Gráfico 07	– Box Plot: Dimensão Faculdade/Curso	70
Gráfico 08	– Box Plot: Dimensão Faculdade/Curso por Semestre	70
Gráfico 09	– Box Plot: Dimensão Ambiente de Convívio	70
Gráfico 10	– Box Plot: Dimensão Ambiente de Convívio por Semestre ...	70
Gráfico 11	– Box Plot: Dimensão Consigo Mesmo	72
Gráfico 12	– Box Plot: Dimensão Consigo Mesmo por Semestre	72
Gráfico 13	– Box Plot: Categorias Combinadas Rotuladas por Semestre ..	73
Gráfico 14	– Semestres com diferenças estatisticamente significantes no domínio Faculdade	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	– Distribuição dos dados de identificação das produções científicas acerca da relação entre Suicídio e medidas de Satisfação com a Vida. Sobral, Ceará, 2017	23
Quadro 02	– Lista de perguntas em seus respectivos domínios, escores reversos em destaque	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	– Principais fatores de risco associados ao comportamento suicida	44
Tabela 02	– Total de alunos por semestre	58
Tabela 03	– Cor da pele	58
Tabela 04	– Você mora com...	59
Tabela 05	– Classificação socioeconômica ABEP	60
Tabela 06	– Média e mediana por atributo por semestre	74

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	O percurso rumo ao objeto de estudo	14
1.2	Precisamos falar sobre suicídio	17
1.3	Qualidade de vida e satisfação com a vida	20
1.4	Contextualização.....	22
2	OBJETIVOS.....	28
2.1	Objetivo geral.....	28
2.2	Objetivos específicos	28
3	REFERENCIAL TEÓRICO	29
3.1	Concepções históricas sobre o “homicídio de si mesmo”	29
3.2	Suicídio e a sociologia de Durkheim.....	36
3.3	Suicídio e o olhar médico.....	39
4	METODOLOGIA.....	47
4.1	Natureza e abordagem da pesquisa.....	47
4.2	Local de estudo e sujeitos da pesquisa	50
4.3	Instrumentos de coleta de dados.....	52
4.4	Análise dos dados	53
4.5	Procedimentos éticos.....	55
5	RESULTADOS	57
5.1	Aspectos socioeconômicos	57
5.2	Satisfação com a Vida – Instrumento MSLSS-a	62
5.3	Estudo sobre Suicídio – Questionário Estruturado	75
5.3.1	<i>Sentimentos sobre a faculdade</i>	75
5.3.2	<i>Dificuldades enfrentadas no curso.....</i>	77
5.3.3	<i>Aspectos da vida do estudante de medicina</i>	79
5.3.4	<i>Influência da morte na vida pessoal</i>	82
5.3.5	<i>Influência da medicina na vontade de viver</i>	84
5.3.6	<i>Vontade de morrer</i>	88
5.3.7	<i>Graduação médica e autodestruição</i>	90
5.3.8	<i>Tempo livre suficiente.....</i>	93
5.3.9	<i>Horas suficientes de lazer.....</i>	93
5.3.10	<i>Horas suficientes de sono</i>	93

5.3.11	<i>Boa concentração na faculdade</i>	94
5.3.12	<i>Satisfação com a vida afetiva</i>	94
5.3.13	<i>Desrespeito e ofensa</i>	95
5.3.14	<i>Consumo de álcool e qualidade de vida</i>	96
5.3.15	<i>Consumo de drogas e qualidade de vida</i>	96
5.3.16	<i>Significação do suicídio</i>	97
5.3.17	<i>Ideação ou tentativa de suicídio nas últimas quatro a seis semanas</i>	100
5.3.18	<i>Fator precipitante direto de sua ideação ou tentativa de suicídio nas últimas quatro a seis semanas</i>	100
5.3.19	<i>Busca por ajuda</i>	101
5.3.20	<i>Opiniões sobre motivações para o suicídio</i>	102
5.3.21	<i>Sinais que expressam possível suicídio</i>	103
5.3.22	<i>Sentimentos ao ter contato com indivíduo suicida</i>	104
5.3.23	<i>Influência do contato com o suicida</i>	105
5.3.24	<i>Prevenção do suicídio</i>	108
5.3.25	<i>Formação acadêmica para abordagem do suicídio</i>	113
5.3.26	<i>Sentimento(s) ao responder o questionário</i>	114
6	CONCLUSÃO	115
	REFERÊNCIAS	119
	APÊNDICE A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO	127
	APÊNDICE B – MULTIDIMENSIONAL STUDENTS’ LIFE SATISFACTION SCALE (Adapted)	128
	APÊNDICE C – ENTREVISTA ESTRUTURADA: ESTUDO SOBRE SUICÍDIO	131
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	134
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	136

1 INTRODUÇÃO

Penso que o indivíduo deve finalmente abraçar a própria vida com os próprios braços.

(Arthur Miller)

1.1 O percurso rumo ao objeto de estudo

A temática “suicídio” provoca reações e sentimentos muitas vezes contraditórios: ao mesmo tempo que gera curiosidade, encerra em si um certo temor, um comportamento de recusa a dialogar sobre tal ato. Na atualidade, no entanto, com os meios de comunicação avançados que permitem a transmissão de notícias e diálogos em poucos segundos mesmo a imensas distâncias, o medo de uma “contaminação” ou estímulo ao suicídio torna mais evidente a necessidade do oposto: precisamos falar sobre isso. É notória a frequência maior de notícias sobre tentativas e atos, séries, filmes, jogos de internet, textos leigos e até brincadeiras relacionadas ao tema. Porém, estudar e conhecer as teorias por trás desse fenômeno nem de perto é mais intenso do que vivenciá-lo, conhecer suas nuances e faces aversivas e, de certo modo, (in)compreensíveis.

Em meados de 1999, ao realizar cursinho preparatório para vestibular de Medicina, deparei-me com um colega me perguntando: “o que você acha de alguém que decide se matar? É um corajoso ou um covarde?”. Surpreso com o súbito questionamento, me pus a pensar e respondi com o mero silêncio, por ser jovem e não ter conhecimento sobre o assunto. No entanto, passei algum tempo revivendo aquela pergunta que não queria calar...e passaram a surgir outras inquietações. O que significam esses atos, que mensagem eles querem passar aos que ficam? Não poderia imaginar que aquela pergunta iria repercutir pessoalmente por muitos e muitos anos depois. E ainda repercute.

Aquele colega, adulto jovem que já havia tentado várias vezes vestibular sem êxito e que além de colega de curso, era um vizinho, jogara-se do edifício em que morávamos. Eu não presenciara tal ato, foi em um fim de semana no qual havia viajado para descansar. Não esqueço do rosto de sua mãe, com aquela expressão de desespero e pena, ao me olhar e me abraçar forte em silêncio, me pedindo desculpas como se fosse eu o filho perdido. Não consegui ir ao velório ou ao enterro. Foi insuportável para mim, encarar aquela expressão novamente.

O tempo passou... aquela inquietude maior do desconhecido e da pergunta dirimiuse tenuamente, mas nunca foi de todo esquecida. No decorrer de minha graduação (2002-2007)

descobri o afeto pela área da saúde mental. Os conteúdos psíquicos e suas nuances suscitaram em mim um fascínio, e senti uma inclinação a ajudar pessoas com esse tipo de sofrimento que vai além do físico, mas que muitas vezes se expressa através desta via de sintoma.

Este estudo começou a ser idealizado a partir da experiência de trabalho em consultório de psiquiatria, na cidade de Sobral (CE), que iniciei logo após término da Residência Médica, em 2012. Passei a me deparar com alguns casos de alunos de graduação em medicina que buscavam apoio e tratamento para sofrimento mental iniciado durante o curso de graduação. Muitos deles julgavam, aos primeiros relatos, que tais sintomas de sofrimento teriam iniciado durante a faculdade, e que se deviam diretamente à excessiva carga de estudos e cobranças aos quais eram submetidos. Porém, após conversas mais detalhadas e momentos ulteriores começou a surgir uma percepção de que havia algo não dito, o que gerou uma inquietação pela possibilidade de que algo oculto precisava ser acessado. Tal sede de conhecer mais a fundo as motivações que levavam esses jovens indivíduos a idealizar o ato do autoextermínio ou a ter comportamentos do espectro suicida foi ainda mais impulsionada com minha inserção na academia, quando passei a observar de perto o público que chegara a mim, anteriormente, apenas na condição de pacientes.

A partir do início de meu trabalho como docente no curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará em Sobral, ano de 2016, deparei-me com um projeto em andamento: tutoria na modalidade *mentoring*. É dispensável ressaltar que logo fiquei interessado, pois vi ali uma possibilidade de aproximar-me dos sofrimentos daqueles jovens de maneira informal. Utilizando-se de um processo com encontros que colocavam os alunos e professores em um mesmo nível (horizontal) de importância (a partir do momento que se criava uma identificação), a característica central do *mentoring* é a subjetividade, o acolhimento e a escuta: tem o intuito de contribuir na formação do jovem iniciante, auxiliando-o no enfrentamento de problemas, nas escolhas e nos diferentes desafios encontrados ao longo do caminho de seu desenvolvimento, através do compartilhamento com alguém (o mentor) que vivenciou o mesmo caminho anteriormente. Afastava-se, portanto, da relação idealizada e vertical de médico-paciente.

Considerar o tema para esta dissertação de Mestrado significa não somente gerar material para prevenção de tal fenômeno, mas também surgiu da busca pelo reencontro com algo que sempre me inquietou e provocou questionamentos não satisfatoriamente respondidos até a realização deste estudo. Procuro, com sensibilidade, contribuir para a prevenção de tal ato ao provocar uma reflexão sobre a precariedade dos vínculos e da atenção nas políticas públicas

que contemplam os estudantes de graduação, bem como proporcionar uma atenção sensível e com foco na pessoa e suas dimensões psíquicas, em vez de cegamente adotar modelos categóricos dos manuais diagnósticos.

Para tal, primeiramente procurei identificar que aspectos na literatura se encontram relacionados ao suicídio, além dos transtornos ou patologias mentais. Encontrei respostas na avaliação de qualidade de vida dos indivíduos, ao reconhecer que nem todos os suicidas perfazem os critérios diagnósticos para uma patologia psiquiátrica ou distúrbio mental na visão da psicologia. Por entender que a mente humana é única e possui a capacidade de investigar a si mesma, declino a limitar-me a uma escola de pensamento específica, pois entendo que os pormenores e características de cada escola podem agir complementarmente e de forma sinérgica. Isto posto, o campo de estudo relacionado ao suicídio deve incluir teoria, observação e experimentação em um âmbito amplamente interdisciplinar, para se chegar a melhores resultados.

Assim, escolhi um itinerário que me afasta do suicídio de caráter vesânico, dos sintomas e diagnósticos psicopatológicos (depressão e outros transtornos mentais); e me aproxima com o suicida que não sofre de nenhuma psicopatologia. Barros (2013) afirma que as pesquisas relativas à qualidade de vida em áreas relacionadas à saúde demonstram uma transição histórica do modelo de cuidados médicos curativo para uma visão atual sobre o impacto das condições físicas e mentais sobre o bem-estar geral do indivíduo (incluindo-se aqui o aspecto emocional). Dentro do construto avaliativo da qualidade de vida, encontrei a porção subjetiva, muitas vezes referida como “satisfação com a vida”. Nesse sentido, o julgamento pessoal de como cada indivíduo percebe sua satisfação com a vida tem sido abordado como um dos pilares da estrutura de avaliação da qualidade de vida. Como exemplo temos que, durante um período em que ocorrem mudanças em diversas áreas da vida (adolescência), o nível de satisfação com a vida também pode provocar alteração na capacidade de enfrentamento de situações de estresse, levando por vezes a comportamentos de risco relacionados à saúde, dentre eles ideação suicida e tentativa de suicídio (JOHAL; SHARMA, 2016). Ainda para Barros (2013), esforços em medir a satisfação com a vida têm sido condizentes com as teorias da psicologia positiva, que define bem-estar subjetivo para além da ausência de sintomas psicológicos. Sendo assim, um indivíduo pode avaliar subjetivamente sua qualidade de vida como baixa e não apresentar necessariamente sintomas psicopatológicos. A partir dessas ponderações, passei a buscar pesquisas ou estudos que visavam identificar alguma relação entre a ideação suicida e a qualidade de vida subjetiva / satisfação com a vida dos estudantes.

Finalizando este breve relato sobre o percurso pessoal que motivou esta pesquisa, peço permissão ao atencioso leitor para utilizar-me a partir deste ponto da primeira pessoa do plural, por considerar que as informações que venham a seguir não sejam de todo pessoais, apesar de refletirem também minhas ideias e pensamentos sobre o fenômeno estudado.

1.2 Precisamos falar sobre suicídio

De acordo com Sadock, Sadock e Ruiz (2017), o suicídio tem ocorrido desde o início da história registrada, com ações que variam de condenação a tolerância, dependendo da época e da cultura; ocorrendo variações nos motivos e na frequência de tal ato.

A palavra “suicídio” é conhecida desde o século XVII. Suas várias definições costumam conter uma ideia central, mais evidente, relacionada ao *ato de terminar com a própria vida*, e ideias periféricas, menos evidentes, relacionadas à motivação, à intencionalidade e à letalidade (BOTEGA, 2015).

A Associação Brasileira de Psiquiatria define o suicídio como

[...] um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal. Também fazem parte do que habitualmente chamamos de comportamento suicida: os pensamentos, planos e a tentativa de suicídio. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014, p. 09).

Cassorla (1985), em sua obra *O Que é Suicídio*, afirma que definir o suicídio como a morte de si mesmo só é suficiente num primeiro momento, pois ao começarmos a refletir sobre maneiras e mecanismos de como as pessoas podem matar-se ou contribuir para a sua própria morte constatamos que se trata de uma conceituação muito ampla, na qual podem inserir-se atos e comportamentos tidos como normais, fazendo com que leigos não imaginem que se tratam de suicídios.

Nesse sentido, o mesmo autor relaciona alguns comportamentos suicidas, a saber: o fumante e etilista inveterados, as pessoas que gostam de viver perigosamente, o soldado voluntário que se oferece para uma missão em que as chances de sobrevivência são ínfimas, pessoas comuns com propensão a acidentarem-se com facilidade, pessoas que se sobrecarregam física e emocionalmente e vivem em tensão, dentre outros. Em resumo, as pessoas podem matar-se ou procurar a morte de maneira consciente ou inconsciente, de formas mais claras ou mais obscuras: encontramos, mais uma vez, um semblante que remonta à satisfação com a vida

que estes indivíduos possuem, e que podem levar aos comportamentos autodestrutivos que apresentam.

De maneira oposta, Sadock, Sadock e Ruiz (2017) consideram perdidos na definição casos nos quais há classificação errônea intencional de causa da morte, acidentes de causa indeterminada e os chamados suicídios crônicos (morte por abuso de álcool e outras substâncias e má adesão consciente a regimes de medicações para vícios, obesidade e hipertensão, por exemplo).

Para Durkheim, o suicídio é um fenômeno social, sendo definido como qualquer caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima com conhecimento pela mesma de que produziria esse resultado e constituindo-se como um dos elementos de mecanismos de restabelecimento do laço social que se utilizam de rituais de punição ao crime para alcançar seus objetivos (DURKHEIM, 1897/2014). Percebe-se aqui a recuperação dos “casos perdidos” na definição aceita por Sadock, Sadock e Ruiz (2017), quando Durkheim aceita como parte de sua definição o ato negativo e indireto. Ainda, para este autor, o suicídio não teria apenas caráter vesânico, sendo observado inclusive em pessoas mentalmente sãs – neste caso, observou que cada sociedade teria, em cada momento de sua história, uma predisposição definida para o suicídio.

Concordamos com Botega (2015) ao afirmar que a temática do suicídio se encontra aberta a diferentes perspectivas e a muitas ciências. Devido a sua natureza dilemática, complexa e multidimensional, não existe uma maneira única de olhar ou abordar a problemática. Devemos refletir e escolher aquela que mais se adequa à prática pessoal e à singularidade do indivíduo que pretendemos assistir.

Assim, para o ato de suicídio não existe uma resposta exata e definitiva. Trata-se de uma questão de múltiplas respostas, onde a vida e a morte se encontram e se separam, revelando em toda a sua essência a contradição e a ambiguidade existencial do ser humano (BERZINS; WATANABE, 2012).

Podemos conceituar de forma abrangente o comportamento suicida como espectro contínuo de atos que vão desde a intenção suicida, passando pela ideação, planejamento, tentativas frustradas até o chamado “suicídio completo”, sendo a ideação suicida caracterizada por pensamentos de cunho suicida sem passar ao plano da ação motora. As ideações são mais prevalentes do que as tentativas de suicídio e estas, por sua vez, mais prevalentes que o ato suicida fatal ou completo. Adotaremos também a definição de Durkheim, que inclui atos

negativos e indiretos, considerados ainda mais relevantes para nossa pesquisa, como veremos mais adiante.

Nos últimos anos, tem sido consenso entre pesquisadores de diversos campos que o suicídio é uma questão de saúde pública. Dados mundiais apontam que o agravo se encontra entre as 10 primeiras causas de morte, com uma tendência de aumento nas últimas décadas: aproximadamente uma morte a cada 40 segundos (NUNES, 2016). No Brasil, o fenômeno chega a uma taxa média de 5,7 óbitos por 100 mil habitantes, constituindo-se na terceira causa de óbitos (6,8%) por fatores externos identificados no país (MACHADO; SANTOS, 2015).

Além do evidente impacto no sistema de saúde, o suicídio deixa sequelas também naqueles que sobrevivem ou, de alguma forma, estão relacionados a quem cometeu a tentativa. Em relação aos familiares ou entes queridos que ficam, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que para cada suicídio cinco ou seis pessoas próximas sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas. Quando ocorrido em lugares públicos (como escolas ou universidades), pode ter impacto sobre centenas de pessoas (OMS, 2000). Neste contexto, são frequentes as notícias sobre suicídios de estudantes universitários no Brasil. Independente da região do país onde o ato ocorra, há dados estatísticos significativos de suicídio desses jovens, embora o registro de tais ocorrências não corresponda à realidade: sabe-se mais pelas notícias veiculadas na mídia e internet (redes sociais e blogs) do que por registros oficiais (DUTRA, 2012).

Em relação à classe médica, Nogueira-Martins (2007) ressalta que há relatos na literatura de uma alta prevalência de suicídio, depressão e disfunções profissionais em médicos e estudantes de medicina. Para este autor, tanto a natureza estressante do exercício profissional quanto as características psicodinâmicas que conduzem os indivíduos para a carreira médica podem ter uma parcela de responsabilidade no desencadeamento de distúrbios emocionais em médicos.

Uma das populações mais abordadas em pesquisas sobre ideação e tentativa de suicídio tem sido a de estudantes de medicina. Em relação a essa população, é possível apontar alguns estudos significativos, embora a maior parte deles tenha sido desenvolvida nas regiões Sul e Sudeste. Uma revisão sistemática com meta-análise internacional realizada por Rotenstein *et al* e publicada em 2016 no *Journal of the American Medical Association (JAMA)* mostrou, a partir da análise de 167 estudos transversais de 43 países, que a prevalência de depressão ou sintomas depressivos entre estudantes de medicina foi de 27,2% (e apenas 15,7% procuraram atendimento médico por este motivo). Dentre estes estudos, 13 foram conduzidos no Brasil

entre os anos de 2001 e 2011. Em relação à ideação suicida, os mesmos autores encontraram 24 estudos transversais de 15 países, concluindo que a prevalência de ideação suicida foi de 11,1% (sendo apenas dois brasileiros, entre 2003 e 2007). Os autores concluíram que a prevalência geral de sintomas depressivos entre acadêmicos de medicina foi maior quando comparado à população geral, o que sinaliza a necessidade de esforços preventivos e aumento no acesso desta parcela da população aos serviços médicos (ROTENSTEIN *et al*, 2016). Já uma revisão de literatura brasileira, também publicada em 2016, indicou que as principais causas de suicídio entre médicos e estudantes de medicina apontadas nas pesquisas estudadas foram, além de uma maior incidência de transtornos psiquiátricos (depressão e abuso de substâncias), o sofrimento psíquico relacionados a vivências específicas da profissão, como grande carga de trabalho, privação do sono, dificuldade com pacientes, ambientes insalubres, preocupações financeiras e sobrecarga de informações (SANTA; CANTILINO, 2016).

Analisando as revisões citadas anteriormente encontramos algumas das mesmas pesquisas originais brasileiras, demonstrando que a produção científica no Brasil no que diz respeito à ideação e tentativas de suicídio entre universitários é bastante incipiente.

Na região Nordeste, um dos estudos pioneiros sobre esta população (DUTRA, 2005) revelou uma significativa relação entre alguns fatores de risco como a depressão, abuso de álcool e desejo de morrer e tentativa de suicídio entre esses estudantes. No Ceará, um estudo realizado por Sá *et al* (2010) constatou um aumento de 265 ocorrências de suicídio-ano em 1998 para 525 ocorrências de suicídio-ano em 2007: um crescimento de 65,79% na taxa de suicídio, enquanto o crescimento da população neste mesmo período correspondeu a 18,66%. Dados mais específicos da cidade de Sobral foram obtidos pelo estudo realizado por Oliveira *et al* (2016), no qual foi traçado o perfil epidemiológico descritivo de pacientes atendidos numa unidade de emergência de um hospital de referência. Os resultados apontam Sobral como procedência da maioria dos casos de tentativa de suicídio (38,3%); dado relevante considerando que essa unidade de emergência é referência para 55 municípios circunvizinhos. Os mesmos autores ressaltam a escassez de estudos abordando essa temática em nível de Ceará, apontando ser necessário aprofundar conhecimentos no tema (OLIVEIRA *et al*, 2016).

1.3 Qualidade de vida e satisfação com a vida

Durante as últimas três décadas, tem se dado maior voz aos pacientes em relação à sua percepção do “estar doente”. Apesar da preocupação com a avaliação de resultados dos

tratamentos curativos já datar de mais de 50 anos, somente em meados dos anos 80 a experiência subjetiva do paciente foi tomada com maior importância, introduzindo assim o conceito de qualidade de vida. A OMS define Qualidade de Vida (QV) como a maneira pela qual o indivíduo percebe sua posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que ele vive e sua percepção em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (RUBIO, 2002). Porém, essa aferição em diferentes perspectivas (estado clínico, funcionamento no dia-a-dia, qualidade de vida, impacto na família, custos) tomava em conta apenas pacientes que passavam por algum distúrbio ou patologia: a qualidade de vida representaria, portanto, o efeito da doença e de seu tratamento sobre a habilidade do paciente de funcionar nas circunstâncias da vida diária.

Neste sentido, nos deparamos com a noção de bem-estar. Myerson (1917), ao aplicar um programa de promoção de saúde do indivíduo e da sociedade, encontrou que a verdadeira fonte de energia e felicidade do sujeito seria o humor. Para o autor, a mente ajustaria o homem ao mundo, mas o humor devolve à mente o vigor e o desejo de seguir vivendo ou, de outra forma, ocasionaria a apatia e o desejo de morrer (MYERSON, 1917). Há aqui um encontro entre humor e felicidade, a relação entre o desejo de viver ou morrer que ultrapassa e sobrepuja meras questões físicas ou mesmo fisiopatológicas do processo saúde-doença.

Segundo o modelo conceitual de Zhan (1992), citado por Barros (2013), existiriam interações entre diversos níveis de QV, dentre eles: antecedentes pessoais, fatores sociais, culturais e ambientais, fatores relacionados à saúde que interfeririam nas atividades de processamento cognitivo frente à percepção do significado da vida e, por consequência, do construto Qualidade de Vida. Este modelo permite uma avaliação mais completa da QV e engloba, além da saúde (bem-estar físico), autoconceito (bem-estar psicológico) e fatores socioeconômicos (bem-estar social), um indicador central do bem-estar subjetivo, que também é um construto crítico para a Psicologia Positiva: *Satisfação com a Vida* (SV). Tal avaliação vai além das medidas de sintomas, limitações, disfunções e da experiência subjetiva das condições de vida: permite uma visualização a partir da percepção do próprio indivíduo sobre sua própria vida, incluindo julgamentos pessoais de *satisfação* em diversos domínios, como por exemplo satisfação com amigos, família e experiências escolares, que alguns autores consideram qualidade de vida subjetiva (BARROS, 2013).

Assim, relatos pessoais de SV baseiam-se em comparações pessoais de critérios autodeterminados e as circunstâncias de vida individuais (PAVOT *et al*, 2010). Nesse aspecto, Veenhoven (2006) considera que a definição de uma *satisfação com a vida* se aproxima com o

que seria *felicidade*, levando em consideração as teorias sobre a mesma. Segundo o autor, uma revisão das variadas definições de satisfação de vida revela que esse conceito é frequentemente ligado a processos mentais supostamente envolvidos com a noção de felicidade, e complementa que a satisfação com a vida é comumente referida como “felicidade” e bem-estar subjetivo, justificando o uso dos termos de forma intercambiável (VEENHOVEN, 2006). Ainda neste sentido, para Erdogan *et al* (2012), apesar de felicidade e satisfação com a vida não serem sinônimos, a compreensão de fatores que envolvem a satisfação com a vida é deveras importante para a compreensão do que faz os indivíduos felizes. Barros (2013) afirma que durante a adolescência, período em que ocorrem muitas mudanças em diversas dimensões da vida, o nível de satisfação também pode provocar alteração na capacidade de enfrentamento de situações de estresse, diante da qual alguns indivíduos podem responder com declínio, engajando-se em vários comportamentos de risco relacionados à saúde incluindo ideação suicida e tentativa de suicídio.

1.4 Contextualização

Pelo fato de a ideação suicida preceder os atos suicidas, identificar preditores desta ideação seria um modo de identificar precocemente o risco suicida. Ao medir a satisfação com a vida nos acadêmicos, julgamos ser possível compreender melhor esse fenômeno e interferir de forma precoce sobre o nível de ideação suicida, sendo sua mensuração na população não clínica um indicativo precoce do risco suicida.

A fim de justificar a importância de nosso estudo, realizamos inicialmente, no ano de 2017, uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com produções indexadas nas bases de dados Scielo, Lilacs, Medline e BDEF (Base de dados de Enfermagem), cruzando os descritores “Suicídio” e “Qualidade de vida”: foram encontradas 272 produções nos últimos 10 anos. Ao refazermos a consulta utilizando os descritores "Suicídio", "Satisfação" e "Vida" (uma vez que o termo "Satisfação com a Vida" não é listado nos Descritores em Ciências da Saúde - DECS), o resultado foi de apenas 43 produções. Refinando a pesquisa para base de dados nacionais e especializadas, a primeira consulta resulta em apenas 4 estudos e a segunda, em apenas 1 artigo. Os cruzamentos foram feitos com o operador booleano *and*.

Os cruzamentos foram feitos visando identificar a necessidade de mais estudos que demonstrassem a interação entre construtos relacionados à Qualidade de Vida (aqui incluindo-

se a “Satisfação com a Vida”) e o suicídio. Nosso intuito foi, portanto, utilizar o caminho com o menor número de produções até então. Devido ao pequeno número de produções encontradas, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto completo ou resumo, nos idiomas Português e Inglês, que abordassem o suicídio e sua relação com satisfação pessoal ou satisfação com a vida. Foram excluídos durante a busca: produções duplicadas, boletins epidemiológicos, revisões de literatura, estudos que focam primordialmente em indivíduos portadores de algum transtorno mental bem como estudos que não abordassem temática relevante ao alcance do objetivo da pesquisa. Após seleção minuciosa pelos critérios de inclusão e exclusão, resultou-se em seis artigos para análise.

Quadro 1 - Distribuição dos dados de identificação das produções científicas acerca da relação entre Suicídio e medidas de Satisfação com a Vida. Sobral, Ceará, 2017.

Periódico	Artigo	Autores	Ano	Local
Psychological Medicine	Life satisfaction and mental health problems (18 to 35 years).	D. M. Fergusson, G. F. H. McLeod, L. J. Horwood, N. R. Swain, S. Chapple and R. Poulton.	2015	Christchurch/ Nova Zelândia
Suicide Life Threat Behav.	Basic psychological needs, suicidal ideation, and risk for suicidal behavior in young adults.	Peter C. Britton, Kimberly A. Van Orden, Jameson K. Hirsch, and Geoffrey C. Williams.	2014	New York/EUA
Archives of suicide research	Basic Need Satisfaction and Suicidal Ideation: A Self-Determination Perspective on Interpersonal Suicide Risk and Suicidal Thinking	Tucker, Raymond P; Wingate, LaRicka R.	2014	Dordrecht/ Holanda
British Medical Journal	Effects of life satisfaction and psychache on risk for suicidal behaviour: a cross-sectional study based on data from Chinese undergraduates.	Zhiqi You, Juanjuan Song, Caizhi Wu, Ping Qin, and Zongkui Zhou.	2014	Huwan/China
Archives of Psychiatric Nursing	Preventing Suicide: Developing Meaning in Life	Joyce J. Fitzpatrick	2009	Ohio/EUA
Psicologia Argumento	Comportamentos autodestrutivos, subprodutos da pós-modernidade?	Fensterseifer, Liza; Werlang, Blanca Susana Guevara.	2006	Curitiba/PR

FONTE: ELABORADO PELO AUTOR.

Dentre os dados coletados e analisados, destacam-se a forte associação entre saúde mental e satisfação com a vida entre indivíduos de 18 a 35 anos, tendo como resultados estatisticamente significantes ($p < 0,01$) a relação entre certos escores de satisfação com a vida e desordens psiquiátricas como transtornos de ansiedade, depressão, suicídios, etilismo e dependência química. No que se refere às relações causa-efeito entre a baixa satisfação com a vida e tais desordens, o estudo mostra que há direções recíprocas ou vias de mão-dupla, ou seja, no geral, tanto a satisfação com a vida influencia no desenvolvimento de transtornos mentais, como os transtornos diminuem a satisfação com a vida (FERGUSSON *et al*, 2015).

Um outro estudo comparou associações da satisfação com as necessidades psicológicas básicas de autonomia, competência e relações interpessoais com ideação suicida e risco suicida. Por meio de regressões logísticas conduzidas a partir de dados transversais de 440 estudantes universitários, foram examinadas associações de satisfações psicológicas necessárias (como sentimento de pertencimento, relacionamentos pessoais e competência individual) com ideação e risco suicida, além de potencialmente exercer um controle ou prevenção de sintomas depressivos, diferenciando-se grupos demográficos específicos. Jovens adultos cujas necessidades psicológicas básicas são atingidas teriam menor potencial para risco suicida ou comportamentos suicidas. Estudos prospectivos são necessários para confirmar essas associações (BRITTON *et al*, 2014).

O estudo chinês, apesar de ter sido conduzido numa realidade cultural bastante diversa da nossa realidade, chama à atenção por determinar que tanto o sofrimento mental (“dor psíquica”) como medida de satisfação com a vida possuem efeito similar na gênese da ideação suicida, com forte poder preditivo para comportamentos do espectro suicida em acadêmicos de graduação. Ademais, os autores citam que a satisfação com a vida contribuiu como variável única na estatística preditora de suicídio (YOU *et al*, 2014).

Nesse sentido, Fensterseifer e Werlang (2006), questionam quanto a forma de vida pós-moderna pode propiciar o sentimento de desesperança no homem contemporâneo, contribuindo para o aumento nas taxas de comportamentos desviantes e patológicos, como os voltados à autodestruição. O sentimento de desamparo, perda de identidade e exacerbação do narcisismo, que maculam as formas de subjetivação do ser humano inserido no contexto social pós-moderno, estariam relacionadas à elevada incidência de psicopatologias, tais como a depressão, quadros narcisistas e *borderline*, o uso e abuso de drogas e os transtornos de ansiedade, assim como atos violentos auto e heteroinfligidos. As autoras vão além, trazendo à discussão até que ponto a sociedade contemporânea pode ser responsabilizada por estas

manifestações, no momento em que tantos comportamentos desviantes (incluindo-se os índices de suicídio, a busca por alívio e satisfação através de substâncias químicas) são tão frequentes atualmente como nos tempos passados. É ressaltando o lugar e o papel da Psicologia neste contexto, no sentido de mostrar o seu compromisso com a promoção da saúde e do bem-estar dos indivíduos.

Um outro estudo considerado relevante para a presente pesquisa, apesar de não citar a relação específica da “satisfação com a vida” com o suicídio, comparou a saúde mental, qualidade de vida, empatia e *burnout* entre estudantes de medicina americanos e brasileiros. O estudo envolveu 211 alunos (73 dos Estados Unidos e 138 do Brasil), e encontrou que universitários brasileiros são, em média, mais novos quando comparados aos americanos. Avaliando os primeiros 2 anos do curso, foi concluído que alunos brasileiros possuíam mais sintomas depressivos e maior nível de estresse, enquanto americanos apresentaram maior nível de bem-estar, menor exaustão e maior nível de satisfação ambiental (e conseqüente melhor qualidade de vida). Porém, ao comparar *todos* os alunos americanos com somente aqueles brasileiros com maior saúde mental, o estudo encontrou que os brasileiros pontuaram mais no quesito “qualidade de vida física” (ausência de dores, satisfação com energia e habilidade de performance). A conclusão dos autores foi de que estes resultados poderiam refletir as diferenças culturais e de maturidade entre os dois países, sendo os brasileiros tendenciosos a serem mais emotivos (e por isso sofrerem mais estresse emocional), além da idade de ingresso nas faculdades no Brasil ser menor (em média 4 anos mais jovem). Apesar das limitações da pesquisa (apenas duas escolas – uma brasileira e uma americana – foi estudada e a amostra considerada pequena), o estudo sinaliza que a imaturidade poderia ter um papel na gênese do comprometimento da saúde psicológica dos estudantes, gerando-se a provável necessidade de estratégias como programa de mentoria e grupos de apoio para ajudá-los no enfrentamento das situações difíceis inerentes ao curso e à profissão (LUCCHETTI *et al*, 2017).

Frente a inquietação surgida com a escassa produção científica sobre a relação entre ideação suicida e satisfação com a vida em estudantes de medicina, especificamente no nordeste, e tendo em vista a diversidade de motivações que permeiam o comportamento suicida, emergiu o seguinte questionamento: os acadêmicos de medicina estariam mais inclinados a desenvolver comportamentos do espectro suicida devido à sua dificuldade de lidar com fatores potencialmente adversos inerentes ao curso de medicina, gerando uma percepção de insatisfação perante a vida familiar, às relações com os amigos, a si mesmo, à faculdade ou ao meio de convívio? Ou aqueles que apresentariam tal comportamento necessariamente estão

acometidos por sintomas psicopatológicos? Não pretendi, com este questionamento, reduzir eventual sofrimento apenas a estes dois aspectos, mas sim apontá-los como algumas possibilidades motivacionais na trama de sentidos que permeia tal fenômeno tão múltiplo que é o suicídio. Tal hesitação me levou a cunhar o objetivo geral desta pesquisa que é analisar que associação existe entre comportamento suicida e satisfação com a vida em estudantes de graduação em medicina de uma universidade pública do interior do estado do Ceará.

Os esforços das faculdades de medicina brasileiras, nas últimas décadas, em prover a assistência necessária a seus alunos ainda ressoam pouco. O acadêmico, se ouvido, poderá sentir-se aliviado naquilo que lhe causa sofrimento, potencialmente gerando-se aqui uma prevenção do agravo. Vale ressaltar a importância do suporte familiar e social, se há ou não continuidade do evento estressor para ele e sua estrutura social para lidar com a situação que levou à ideação ou ato suicida. Assim, os resultados encontrados poderão ser utilizados como base para o desenvolvimento de estratégias para prevenção do suicídio e promoção da qualidade de vida dos sujeitos.

Isso posto, o presente trabalho justifica-se pela alta prevalência de ideação suicida e atos suicidas entre estudantes universitários dos cursos de medicina no Brasil, constatado pela revisão dos estudos publicados nos últimos 10 anos no território nacional (o que leva a duas hipóteses: ou há padrões mal adaptativos ou há sintomas de sofrimento mental); assim como pela escassez de tais estudos especificamente no Nordeste, apesar de ser inegável a configuração da condição como um problema de saúde pública. O trabalho vem ajudar a suprir uma lacuna na literatura nacional, onde há poucas pesquisas relacionando ideação e comportamento suicida com medidas de satisfação com a vida em estudantes. Destarte, configura-se como nosso objeto de pesquisa a relação entre *satisfação com a vida* e *ideação/comportamento suicidas*.

Este estudo, portanto, mostra-se relevante nos campos: educacional, à medida que avalia indiretamente a qualidade da formação acadêmica dos sujeitos participantes e de suas instituições formadoras; social, frente à importância dos dados epidemiológicos demonstrados; e político-econômico, à medida em que serve como material para futuro desenvolvimento de tecnologias leves na promoção da saúde e prevenção de agravos. Possui, assim, relação com a linha de pesquisa Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família em nível de Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, pois oferece uma visão sobre o estado de saúde psicológica e satisfação com a vida dos alunos desta instituição. Senão

vejam: não há como se formar profissionais de saúde capacitados em suas habilidades, atitudes e conhecimento cognitivo sem antes cuidar de sua saúde mental e qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

*E é nisto que se resume o sofrimento: cai a flor, - e
deixa o perfume no vento!* (Cecília Meireles)

2.1 Objetivo geral

Analisar que associação existe entre comportamento suicida e satisfação com a vida em estudantes de graduação em medicina de uma universidade pública do interior do estado do Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- Mapear os estudantes quanto à satisfação com a vida global e nos domínios faculdade, famílias, amigos, consigo mesmos e ambiente de convívio;
- Caracterizar a presença de comportamento suicida (ideação suicida, planejamento e tentativas) nestes estudantes;
- Descrever o contexto e os períodos críticos do curso de graduação em medicina, relacionando as medidas de satisfação com a vida nestes períodos com comportamento suicida.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Se há inferno nesse mundo, ele se encontra no coração do homem melancólico. (Robert Burton)

3.1 Concepções históricas sobre o “homicídio de si mesmo”

Há todo um processo histórico de mudanças de visões e enfrentamentos em relação ao suicídio perpassando as culturas: desde o suicida heroico primitivo, da tradição em algumas culturas ou opção aceitável em outras, para pecado na Idade Média, até o “criminoso de si mesmo”: seja este motivado por transtorno mental, seja este reflexo de sua condição existencial.

Segundo Lopes (2011 *in* DEL PRIORI e AMANTINO, 2011), a “verdade” sobre o suicídio em sua dimensão social, tal como é aceita atualmente, teve início a partir de uma ordenação de conceitos, referências, diagnósticos e prognósticos em torno de temas construídos através da experiência médica e científica social do século XIX. Os médicos brasileiros, ao longo do século citado, demonstraram uma tendência a vincular todas as possibilidades de pensar o suicídio a um referencial patológico. A racionalidade da medicina social, supostamente, deveria impedir o aparecimento das doenças e controlar sua manifestação. Porém, nem sempre a problemática foi encarada tal como é hoje. Os valores e sentidos atribuídos ao suicídio datam de épocas longínquas.

No curso da história humana, várias mudanças na concepção do ato e quem o realiza são observadas. Em períodos anteriores à modernidade, em meados do século XVIII, a vesânia ainda não se instalara no rol das patologias possíveis de tratamento médico. Ainda segundo Lopes (2011 *in* DEL PRIORI e AMANTINO, 2011), vários estudos sugerem que somente a partir do século XVI a insanidade passou a ser utilizada de forma recorrente para justificar o autoextermínio. Em certas culturas primitivas, cita Botega (2015), o suicídio era constituinte dos costumes tribais. Várias seriam as motivações para o suicídio nos povos primitivos, como a evitação da desonra, a fuga da escravidão, reação a perdas afetivas, vinganças (acreditava-se que o espírito do suicida voltaria para destruir seu inimigo, ou os parentes do falecido seriam impelidos a realizar tal tarefa) e até idade avançada (a pessoa idosa tirava a própria vida em um ato de honra e altruísmo, a fim de não se tornar um ônus para seu povo). As formas de encarar o suicídio eram bem diversas e alguns povos primitivos possuíam rituais para aqueles membros que se suicidavam e para lidar com o corpo dos que se matavam. Registros da interpretação

comunitária do suicídio de seus membros são encontrados em algumas culturas politeístas: a exemplo dos vikings, que acreditavam no Valhalla – “Palácio daqueles que morreram com violência” – como sendo o paraíso. Apenas os mortos violentamente poderiam entrar no Valhalla e participar do banquete presidido pelo deus supremo Odin. Era uma honra muito grande morrer em batalhas ou, em segundo lugar, cometer suicídio: o que dava a certeza de se alcançar o paraíso. Ruesch (1974) descreve como uma morte digna para um esquimó aquela em que ele, percebendo o seu fim, vai para longe do seu grupo para morrer, a fim de possibilitar mais alimentos para os jovens e permitir a seu povo não precisar cuidar de um ancião, sendo este ato normal e desejável para a cultura esquimó.

Dentre os índios Astecas havia a auto oferenda em rituais de morte aos deuses; entre os Wajagga (da África Ocidental), o cadáver de um suicida era substituído por o de uma cabra morta para tranquilizar seu espírito; já em sociedades primitivas da Uganda uma mãe deveria se matar caso um de seus filhos tivesse morrido. Na China alguns homens se matavam antes de iniciar uma batalha, com o intuito de que suas almas furiosas auxiliariam na luta (CASSORLA, 1985). O que existe em comum na maioria destas sociedades é a promessa ao suicida de uma imortalidade, de uma satisfação hedonista e uma condecoração honrosa da sociedade por aquele sujeito que se matou em favor do seu povo e dos seus costumes. Percebia-se aqui um aspecto onipotente do suicídio: como a morte era não só inevitável, mas relativamente desimportante, o suicídio, em última análise, era um ato reforçado pela sociedade e que parecia proporcionar muitos benefícios àquele que o cometia. O suicídio era, portanto, um ato frívolo em essência. Ainda segundo Botega (2015), as taxas de suicídio tenderiam a aumentar quando culturas tidas como primitivas encontraram-se com a chamada civilização: sob condições como escravidão, o mecanismo de autopreservação dá lugar à uma forma de morrer que põe fim à um suplício (ou, ainda, sob a forma de protesto ou fuga da situação de cativo).

Foi somente com os gregos que começou uma nova perspectiva de suicídio, calcada em outros princípios que não a promessa de benefícios em outro mundo. Todavia, mesmo dentro das civilizações greco-romanas, a interpretação do suicídio passou por algumas mudanças. De início, os gregos consideravam o suicídio um crime hediondo, por entenderem que se tratava de assassinato de um familiar, que era o crime mais bárbaro da época: no idioma grego quase não há diferença entre “assassinato de si mesmo” e “assassinato de familiares”. Em algumas cidades gregas o suicídio era a forma extrema de assassinato de familiares e o corpo do suicida tinha a mão decepada e era enterrado fora dos “cemitérios” da cidade. Porém a literatura grega, bem como a mitologia, está repleta de personagens que cometem suicídio e não

são recriminados, sendo inclusive tal ato revestido de caráter heroico; outras vezes era visto como independente da vontade humana, sendo motivado por entidades mitológicas que determinavam o momento da morte (ROSA; PINHEIRO, 2015). De modo geral, no entanto, os antigos gregos foram tolerantes em relação ao suicídio, como sendo ato de moderação e nobreza de espírito (ou mesmo um exercício racional de um direito pessoal).

Durante a antiguidade clássica, já se reconhecia o valor social dos indivíduos – ainda que esse valor pertencesse ao Estado. Aqui o Estado grego tinha o poder de vetar, autorizar ou mesmo induzir o suicídio. Em Atenas, os magistrados mantinham um estoque de veneno (cicuta) para quem desejasse morrer. Para receber a cicuta era necessário que o sujeito defendesse sua causa perante o Senado e obtivesse a permissão oficial. Sócrates, que foi obrigado pelo Senado a suicidar-se, ao mesmo tempo em que repudiou o suicídio, fez a morte parecer algo desejável e tomou o veneno com entusiasmo (BOTEGA, 2015). Já Platão considerava o ato como covarde, passivo de punição, e cujos autores deveriam ser privados de honras fúnebres – a não ser quando as circunstâncias externas fossem intoleráveis. Ele defendia que o assassinato de si mesmo se torna um ato justificável quando a vida se torna imoderada. Seu discípulo, Aristóteles, encarava o autoextermínio como sinal de abandono à pátria e renúncia dos direitos civis. Neste aspecto, Alvarez (1999) coloca o “pensar racionalmente” o suicídio como uma conquista dos gregos. O extremo disto se personificou no pensamento estoicista, cujo fundador, Zenão, teria se enforcado por irritação após ter quebrado o dedão ao tropeçar. Para ele e seus seguidores, o suicídio era a mais razoável ou excessivamente ponderada de todas as saídas.

Para os antigos Romanos, o suicídio só era aceito quando não se referia aos escravos ou soldados, pois viver de forma nobre também significava morrer de forma nobre e no momento certo (ROSA; PINHEIRO, 2015). Ainda de acordo com Alvarez (1999), os romanos trouxeram de volta o aspecto sentimental do suicídio ao encará-lo como não moralmente perverso, mas sim a maneira como alguém morria se tornou uma espécie de “teste de excelência e probidade”. O estoicismo romano é poético e romântico com relação ao suicídio. Assim, “o suicídio poderia ser validado a partir de uma escolha cuidadosa, com base nos princípios pelos quais se tinha vivido. A maior preocupação, no entanto, era de como o Estado seria afetado pelos suicídios, principalmente o Tesouro” (BOTEGA, 2015, p.17).

Observa-se que a lei romana não retaliava o suicídio, tampouco demonstrava medo ou horror. No Código Justiniano não se punia o suicídio de cidadãos comuns, desde que motivados por intolerância à dor, à doença, loucura, ao fastio da vida, ou ao temor da desonra

(aqui sendo similar aos gregos). De outra forma (se não havia estes motivos), não era julgado como crime, mas sim como tolice. Punições ocorriam nos casos de tentativas malsucedidas (nos quais o indivíduo ia a julgamento) e de estrangulamento, em que se privava o cadáver de sepultura. A lei romana se preocupava mais com aspectos econômicos do ato: escravos que tentavam suicídio, em uma “garantia” de seis meses, eram devolvidos (vivos ou mortos) e o negócio considerado desfeito com restituição do valor pago. Outros suicídios indesculpáveis seriam o de militares (por serem considerados propriedades do Estado) e dos detentos à espera de julgamento, nestes casos o Estado confiscava os bens do morto (GUILLON; LE BONNIEC, 1984). Evidencia-se aqui que o suicídio, para os romanos, não era uma ofensa contra a moral ou a religião, mas sim contra o capital da classe proprietária de escravos ou contra os tesouros do Estado. Isto seria reflexo de uma sociedade fundada em prazeres violentos; por serem conquistadores agressivos, o principal prazer coletivo romano envolvia a morte. Povos subjugados, escravos e até mesmo romanos de classes inferiores se ofereciam para morrer em espetáculos públicos por quantias em dinheiro pagas a seus herdeiros (FRAZER, 1960).

Com o exposto, fica claro que em ambas as culturas (grega e romana), o suicídio poderia ser justificado pelas condições desonrosas de vida, por sofrimento intolerável ou doença insuportável. À medida em que estes impérios foram crescendo, estas concepções foram sendo modificadas. Na Idade Média, juntamente com o apogeu da fé cristã, o suicídio passa à conotação de pecado mortal, muitas vezes envolvendo-se de misticismo demoníaco. Similar à cultura viking, seria no paraíso o encontro com Deus. A princípio, o cristianismo teria utilizado a ideia da busca pelo martírio, sendo o suicídio nada mais que outro meio de expiação dos pecados da vida terrena. Padres falavam sobre a glória póstuma daqueles que morriam pela fé, e o martírio fora associado à uma redenção certa, uma verdadeira garantia de entrada no paraíso (VENEU, 1994). De encontro ao cristianismo, encontramos no budismo que o ato de tirar a própria vida não libertaria o indivíduo do sofrimento inerente do processo de nascer, envelhecer e morrer (ROSA; PINHEIRO, 2015).

Observa-se, a princípio, que o suicídio não é claramente condenado pela Bíblia. No antigo testamento registram-se pelo menos quatro suicídios – Sansão, Saul, Abimelec e Aquitofel – nenhum deles alvo de reprovação. A morte de Jesus Cristo que, de forma voluntária, desiste de continuar vivo pode ser considerado para alguns como suicídio; no entanto, sob a perspectiva de ser o enviado por Deus e da redenção, adquire um significado e dimensão que diferenciam do “suicídio comum”.

No século IV surge o nome de Santo Agostinho, que visualizando o autoextermínio de muitos de seus fiéis e temendo que a religião fosse ao fim, passa a retomar o discurso pitagórico e de Platão (que não encontra em nenhum momento embasamento bíblico), calcado no sexto mandamento: “Não matarás”. Passa a se repetir que, como a vida é um presente de Deus, desfazer-se dela é contrariar Sua vontade. Sobre isso Jean-Jacques Rousseau critica que os cristãos não tiraram isto do seu Evangelho: estariam seguindo o pensamento de Platão e não a autoridade do Evangelho. O suicídio para expiar pecados era também uma forma de usurpar a função da Igreja e do Estado. Quem se matava inocente mancharia as suas mãos de sangue, cometendo o pecado. Esta argumentação foi muito vantajosa para a Igreja por recuperar medos primitivos em seus fiéis, tanto dos preconceitos quanto das superstições ancestrais (ALVAREZ, 1999). Assim, o judaísmo e cristianismo passaram a revestir o suicídio com relevância teológica, ou seja, a vida seria um dom dividido e o suicídio, um sacrilégio.

O suicídio então passa a ser empregado como justificativa (e fuga) diante do “pecado humano”, que fermentava o imaginário social da época. Através de fatores como miséria, doenças, morte, obsessão do pecado e medo do inferno os homens teriam trilhado seu caminho para a loucura (DEL PRIORE, 2011). Não obstante, o que começa como uma medida preventiva de Sto. Agostinho se transforma em uma mudança de postura: cria-se aversão e horror ao suicídio, surgindo definitivamente uma repulsa moral coletiva, que perdurou por muitos séculos.

Botega (2015) cita que a partir do século XIII, passou-se a se distinguir, em alguns tribunais, o estado inspirado pela ação do demônio (*desperatio*) e o efeito da melancolia ou do frenesi. Sinais de comportamento estranho começaram a ser tomados como prova de alienação mental, e nesse caso não havia o suplício do cadáver nem o confisco dos bens. Vê-se aqui que não existiria nenhum “suicídio sadio”: ou era obra demoníaca ou efeito de desarranjo mental. Foi sobretudo a partir do século XVI que a insanidade teria sido recorrentemente utilizada como causa para explicar a “morte voluntária” (o que de certa forma ressoaria ao longo do século XIX). No entanto, essa “loucura” seria diferente daquela que se configurou na medicina social, ou seja, não seria uma condição que exigia ou mesmo permitia tratamento médico. Era uma loucura, na verdade, empregada como desculpa e fuga diante do pungente problema do pecado que nutria e fermentava o imaginário social daquela época. Reflexo do Renascimento, ficou evidente que o homem passou a ser a medida de todas as coisas. São inúmeros os possíveis exemplos, de Hamlet de Shakespeare a Fausto, mas devemos citar um que se fará presente nas

posteriores discussões desta pesquisa: o famoso suicídio romântico de Werther, presente na obra de Goethe de 1774 – *Os Sofrimentos do jovem Werther*.

Exatamente no século XVII, quando o suicídio passou a ser concebido como um dilema humano, este termo apareceu pela primeira vez em textos ingleses, como citado na seção 3.3 deste trabalho. Derivado do latim, *sui* = de si próprio; *caedere* = matar, passou a substituir expressões como “homicídio de si mesmo”. Move-se da perspectiva do *desperatio* para a *melancholia*, e da condenação (*felo de se*) para o reconhecimento da alienação mental (*non compos menti*). Já o século XVIII marcou sua singularidade ao propor uma ruptura no debate sobre suicídio permitida por vários tratados que possibilitaram proliferar as discussões nesse tema. O fenômeno não apenas estava presente nos dizeres dos estudiosos da ciência, mas perpassava o debate público, fazendo-se presente na literatura, nos palcos, diante do homem comum, a proclamar o dilema humano do “ser ou não ser”. Dentre os tratados mais notáveis, vale a pena ressaltar a análise de Montesquieu que trazia em linhas gerais a crítica à repressão jurídica (pois, para ele, o suicídio não seria um delito), a ênfase de que este tipo de morte não seria uma falta cometida contra a sociedade e a indagação se seria mesmo uma “perturbação” da ordem divina. Este pensador não deu respostas e certezas, mas sim fez ponderações que incomodou sua época e seus pares, como a seguir: “Quando minha alma estiver separada do corpo, haverá menos ordem e harmonia no universo? Pensas que essa nova combinação será menos perfeita [...] E que as obras de Deus serão menos elevadas [...] menos imensas?” (DEL PRIORE e AMANTINO, 2011, p. 265).

Voltaire, por sua vez, investigou influências hereditárias relacionadas ao suicídio; recusou a recorrente acusação de covardia atribuída ao suicida e destacou a ociosidade como fator favorável a tal ato. Por tudo isso, foi muito criticado ao longo do século seguinte, principalmente por médicos que se esforçavam em fazer do suicídio um objeto de estudo exclusivo de sua ciência. As críticas a seu pensamento focavam na diversidade de razões individuais que o pensador levantava, por afirmar não ser o suicida “naturalmente” um pecador (agindo contra a vontade de Deus) e tampouco um criminoso (sem respeito pela sociedade), além de permitir e divulgar outras possibilidades de se conceber e entender os sujeitos suicidas – não mais visto como total e exclusivamente responsável por seus atos.

Concluindo, ao longo de todo o século XVIII, o pensamento filosófico permitiu a análise do autoextermínio a partir de outros vieses: a liberdade e opção individuais, imperando um jogo de nuances que em última instância procuravam responder detalhadamente às críticas e censuras em torno do suicídio. No lugar de forças e influências sobrenaturais, ressaltou-se os

homens, com seus desgostos, crenças, paixões, pobreza..., mas também passíveis de doenças (como a loucura), sem, no entanto, com o destaque e interesse que marcaria o período seguinte.

Convertida em objeto de conhecimento quase que estritamente médico, a principal questão passou a ser como distinguir, de forma prudente, se o ato foi cometido por um louco ou por um indivíduo normalmente prudente e comedido. A consciência da distinção entre razão e loucura permitiu uma (re)elaboração da problemática: a responsabilidade ou não sobre o ato (DEL PRIORE e AMANTINO, 2011). Ao final do Séc. XIX, especificamente em 1897, o sociólogo Émile Durkheim traz uma nova reflexão sobre a gênese e motivações para o autoextermínio humano, que ao mesmo tempo em que procura se afastar do positivismo e cientificismo médico que buscava se firmar no período, não negava possíveis diálogos com esse campo.

Enfim, poderíamos resumir as concepções de suicídio no ocidente com o seguinte esquema, em linhas gerais: da tolerância na antiguidade greco-romana (visualizado como ato honroso ou de exercício de liberdade), passando pela condenação na Idade Média (visto como algo relacionado ao demônio), chegamos ao dilema na modernidade (sob a ótica das ciências positivistas), se configurando como um problema de saúde pública. Assim, mesmo com as diversas interpretações sobre o suicídio, em diferentes campos de saber - quase sempre divergentes (Antropologia ou Filosofia, Psicologia ou Psiquiatria), sob o olhar da ciência prevalece uma visão objetivista, por meio da qual se busca encontrar causas explicativas para o fato de alguém não mais desejar viver. Mesmo com as diferenças e as divergências epistemológicas que impedem a transfusão de conceitos entre as diversas interpretações do suicídio, observamos que ao fundo da teoria positivista de Durkheim, ele demarca uma instância no sujeito para além dos limites de qualquer coerção cultural: isto tem efeitos em sua hipótese sobre o suicídio e pretendemos levar em conta essa percepção, sem pretensão de limitar demasiadamente nossas interpretações conceituais sobre o comportamento suicida. Aqui propomos um diálogo e aproximação deste viés interpretativo com alguma outra análise mais interna e “profunda” das motivações subjetivas, no sentido de que seria necessário compreender o significado que as pessoas atribuem aos seus comportamentos para compreendermos de forma mais abrangente a sociedade e como se insere nesta, o comportamento suicida.

3.2 Suicídio e a sociologia de Durkheim

A primeira publicação inglesa considerada uma obra formal sobre o suicídio foi escrita por volta de 1610: *Biathanatos*. Seu autor, John Donne, determinou que a publicação ocorresse postumamente, o que ocorreu 16 anos após seu falecimento. Dentre outras ponderações, Donne afirmou que a autonomia humana é demasiado grande para deixar livre nossa escolha entre a vida e a morte. Outra obra marcante para os estudos sobre o suicídio foi *Anatomy of Melancholy* (1621), de Robert Burton, que interpela a visão do suicida como vítima do mal da bile negra em excesso, então conhecido como melancolia. Porém, como já citado, até então o suicídio fora associado ao que hoje se conhece como transtornos mentais. Com o estudo dos processos de transformação social, em meio à Revolução Industrial do século XIX, surge a importante obra do sociólogo Emile Durkheim (1897/2014), que procurou deslocar o foco associado ao suicídio do indivíduo para a sociedade; e da moral para os problemas sociais. Na verdade, Durkheim procurou trazer à tona reflexões que complementaríamos a compreensão deste fenômeno complexo, sugerindo que o mesmo tratar-se-ia de um fenômeno social, constituindo um dos elementos de mecanismos de restabelecimento do laço social que se utilizam de rituais de punição ao crime para alcançar seus objetivos.

Em sua obra “O Suicídio - Um estudo sociológico”, o pensador deixou clara sua perspectiva, que remetia às condições sociais que produziam tamanho desespero e não mais à moralidade do ato. Examinando as taxas de suicídio em diferentes países, o autor as relaciona ao “grau de coesão social” em diferentes culturas e grupos. Nesse sentido, seria um fenômeno estatístico regular e característico para cada sociedade. Sua definição de suicídio é ainda utilizada não apenas de forma literal, mas também como referência, ao afirmar que “toda morte resulta imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima, sabedora de que deveria produzir este resultado” (DURKHEIM, 1897/2014, p. 15).

Ele diferencia o suicídio da tentativa sem êxito e se propõe, dentro de uma análise sociológica, a distinguir tipos de suicídio. Sua classificação é a matriz para classificações posteriores e alguns autores afirmam ser impossível considerar o suicídio sem levar em conta a questão sociológica levantada por Durkheim.

De acordo com Durkheim (1897/2014), a sociedade é resultado de forças morais reguladoras externas ao indivíduo, mas, segundo o pensador, não é certo que os homens recebam estas crenças e práticas morais passivamente – sem imprimir-lhes alguma modificação. E aí que a produção da subjetividade implica na singularização de cada um. Silva

e Couto (2009) explicam que a corrente suicidógena na qual cada povo teria, coletivamente, uma tendência ao suicídio que lhe é própria, se manifestaria de três formas fundamentais: o suicídio egoístico, o altruísta e o anômico.

O primeiro seria aquele suicídio em que o indivíduo perdeu o sentido de integração com o seu grupo social e, desamparado do laço social, deve dar sentido à sua existência por si mesmo, o que lhe é motivo de sofrimento insuportável. O altruísta seria aquele que, submetido em excesso a uma consciência coletiva, não possui valor por si mesmo, e parte para o sacrifício de sua vida pelo bem do grupo, refletindo a influência de mecanismos de identificação grupal. Neste, o grupo tem absoluta prioridade sobre quaisquer desejos do sujeito de estar vivo ou morto. Dentro dessa causa Durkheim estudou o alto índice de suicídio de militares, devido a sua grande integração em seu meio social e busca por um ato de heroísmo: no entanto o autoextermínio não ocorre apenas em prol da pátria, dando-se muitas vezes por motivos banais. Já o suicídio anômico é observado entre indivíduos vivendo numa sociedade em crise, na qual faltam padrões de ordem e de comportamento costumeiros; ou seja, uma mudança súbita de lugar social faria com que a realidade psíquica do indivíduo, contida pelas normas sociais, transbordasse e o colocasse sob o jugo de necessidades insaciáveis. A partir do momento em que nada impede o indivíduo, escreve Durkheim (2014), este deixa de ser capaz de deter a si próprio. Dentro desse aspecto, o autor analisa os índices de suicídio em períodos de grave crise econômica e conclui que tal contexto influi nesses números por serem perturbações da ordem social e coletiva e não necessariamente pelas consequências como pobreza, fome, dentre outros. É importante ressaltar que as taxas de suicídio anômico são maiores em países ricos, pois os pobres conseguem lidar melhor com as situações de anomia social, diz Cabral (2018).

Alguns autores atribuem ainda um quarto tipo de suicídio a Durkheim, mesmo que não seja citado por ele em sua obra de 1897: o fatalista. Este seria na verdade um *insight* posterior do autor, pois a única referência que Durkheim faz a esta forma de autoextermínio foi através de uma nota de rodapé, indicando a existência do suicídio fatalista, que seria aquele causado pelo excesso de coerção. Embora mencionado, o sociólogo não se debruça sobre tal tipo de suicídio, que apesar de se assemelhar ao altruísta, não seria exatamente um “sacrifício” pelo bem social, mas sim frente um código de conduta de honra bastante rígido, nos quais os costumes ordenam a morte a todos que desviarem minimamente do código. Ou seja, situações em que a regulação social é completamente instilada no indivíduo; não há esperança de mudança contra a disciplina opressiva da sociedade e, portanto, a única forma do indivíduo ficar livre de tal estado é cometer suicídio. Durkheim observa que este tipo de suicídio é

extremamente raro nas sociedades modernas, sendo mais comum nas sociedades antigas, como a greco-romana, e ainda que poderia historicamente explicar muitos suicídios de escravos que não aguentavam a opressão social.

Tentando não julgar moralmente o suicídio, mas sim conhecê-lo e tecer considerações com o máximo de neutralidade possível, Durkheim é responsável por abrir o caminho para o desenvolvimento de estudos sobre o suicídio dentro das diferentes vertentes do conhecimento, tanto sociológico quanto psicológico, médico e antropológico. Mas de que modo os indivíduos seriam capturados pela *corrente suicidógena* inerente a cada tipo de vínculo social? Resta-nos um breve apanhado sobre o conceito durkheimiano de indivíduo.

O conceito de indivíduo segundo Durkheim nos permite vislumbrar como se articula o suicídio a uma necessidade social deste indivíduo. Segundo Silva (2007), para o sociólogo, o indivíduo não resulta apenas da ação educativa da sociedade, mas também há uma esfera psíquica, um *limbo* entre o que é da constituição orgânica (realidade biológica) e o que é adquirido socialmente, por meio da educação formal ou informal. Essa esfera psíquica seria a base da individualidade (consciência individual), campo das representações, sentimentos e tendências que se referem ao organismo em livre trama do desejo para além do mínimo dispensável, e possuiria um caráter inesgotável de incessante demanda pela satisfação de necessidades particulares. Se essa esfera interna transborda, gera-se uma situação perigosa tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, deste modo sendo de fundamental importância que as normas sociais não percam o poder de conter a consciência individual.

Durkheim também estabelece a existência de pontos tangenciais entre um mal-estar cultural (crise das normas de um grupo) e um mal-estar do indivíduo; e a necessidade social da manutenção de um funcionamento mínimo e otimizado tanto das normas como do restabelecimento do poder de coerção social sobre o indivíduo. Seria exatamente aqui, no desencontro entre os interesses do indivíduo e da sociedade, que estaria a matéria-prima para compreender vários dos fenômenos sociais, dentre eles o suicídio (SILVA; COUTO, 2009).

As teorias de Durkheim, no entanto, ressaltam apenas as bases sociológicas que remetem para a sociedade a responsabilidade pelos suicídios dadas as regularidades das suas ocorrências em diversos países e em pessoas nas mesmas circunstâncias. É certo que muitos são os indivíduos que optam pelo suicídio por receio de sanções sociais, do isolamento, perdas afetivas, e da incapacidade de lutar e de se sentirem úteis. Ou seja, o sentimento de ser “esmagado” pela sociedade que lhe aponta o dedo e que fragiliza aquele que já está em condições escassas de enfrentamento. Porém tal visão escapa às causas consideradas biológicas,

em que alegadamente atuariam sobre o indivíduo forças que o retiram de sua genuína capacidade de determinar-se perante seus atos, como por exemplo, naqueles que sofrem de transtornos psicóticos ou afetivo bipolar. Neste aspecto, vê-se que há tendência na atualidade, por parte de profissionais da saúde em geral, a não considerar os possíveis componentes sociais na multicausalidade dos ditos *transtornos mentais*; ou seja, de se afastar da psicopatologia fundamental, que se inclina ao estudo da subjetividade do ser humano, que é diversa e única em sua expressão. Isso posto, como os fatores sociais contribuem (ou a que nível se dá esta contribuição) na gênese de tais transtornos, esse aspecto foge do escopo deste trabalho.

Complementando nossa linha de raciocínio, nos deparamos com os pensamentos de Zygmund Bauman (2001), com sua obra *Modernidade Líquida*, que refletindo sobre o comportamento da nova geração, evidenciou que a ética, os valores, as informações e a própria privacidade passaram a ter significados divergentes às gerações anteriores. Tal fato provocaria incertezas no tocante à formação individual e emocional dos jovens da atualidade, em que tudo passa a ser mais efêmero e descartável, tendo sua parcela de contribuição para uma ausência de sentido da vida.

Então, vislumbramos uma sociedade contemporânea baseada na cultura do imediatismo, cujas relações sociais são voláteis e que concebe cada vez mais sujeitos fragmentados, imersos na própria busca de um prazer supremo e individual, em que pouco se percebe a figura do outro.

O fato é que, seja quais forem as motivações para o comportamento suicida, seja situação de sofrimento social ou transtorno mental, ou mesmo em situações de desesperança, ninguém deve estar sozinho no momento de se despedir da vida, nem a sociedade deve ser alheia ao que individualmente lhe acontece. Reconhecemos, pois, a característica multimotivacional do suicídio, em que pese não somente buscar reconhecer uma única causa, mas considerar a complexa trama de significados e sentidos construída ao longo da história de vida do indivíduo. Passaremos então a um breve apanhado do fenômeno sob o olhar da ciência médica.

3.3 Suicídio e o olhar médico

Como vimos anteriormente, a crescente discussão sobre sanidade/insanidade no século XVIII teve reflexos imediatos nas ciências da época, ultrapassando o âmbito religioso e jurídico aos quais se circunscrevia. A medicina inicia uma trajetória de construção destes

“limites mentais” e a discussão cresce até englobar o suicídio. Já no início do século XX podemos observar uma progressiva tentativa de descriminalização do suicídio que chega aos tempos atuais: as ideias difundidas passam a ser de que o indivíduo que tenta suicídio deve ser acolhido – o que poderia também ser visualizado como tolerância do direito individual a tal prática. Botega (2015) afirma que de 192 países que participaram de um inquérito, apenas 25 mantêm leis e punições contra tentativas de suicídio.

A medicina social surge em meio ao capitalismo emergente, com a tomada do “corpo” como meio de produção – o que inclusive fomentou as primeiras regulações em saúde. O intuito era manter corpos saudáveis e assim, produtivos. Da necessidade de manutenção do poder dos Estados Nacionais surgem os registros que seriam bancos de dados para a estatística médica. A medicina social, em contraponto ao reducionismo que a ênfase exagerada na bacteriologia e na descoberta dos micróbios causou anteriormente, propunha uma visão holística da saúde pública e da prática médica que lutava contra as causas reais de muitas doenças: pobreza, falta de educação, indiferença política e preconceito (CUETO, 2011). Ou seja, a medicina passaria a considerar aspectos econômicos, sociais e culturais – não mais apenas meramente biológicos. Segundo Foucault (1979/2012), é possível distinguir três etapas na formação da medicina social: 1) a medicina de Estado, surgida na Alemanha do século XVIII (cujas características principais são a organização de um sistema de observação da morbidade, com a normalização do saber e práticas médicas, a subordinação dos médicos à uma administração central e a integração de vários médicos em uma organização médica estatal); 2) a medicina urbana, surgida na França na segunda metade do século XVII, com seus métodos de vigilância e hospitalização (marcada pela preocupação central na análise dos aglomerados que ameaçassem a saúde humana); e, por fim, 3) a medicina inglesa (caracterizada pela assistência e controle autoritário dos pobres, assim como implantação de um cordão sanitário que impunha o controle do corpo da classe trabalhadora por meio da vacinação, do registro de doenças e do controle dos lugares insalubres visava torná-la mais apta ao trabalho e menos perigosa para as classes ricas) (FOUCAULT, 1979/2012).

Após a Primeira Guerra Mundial, a então Sociedade das Nações (organização internacional idealizada nos subúrbios de Paris, na qual as potências vencedoras se reuniam para negociar acordos de paz) criou um *comitê de higiene* que seria o embrião do que hoje se conhece por Organização Mundial da Saúde (OMS). Criada em 1946, a constituição da OMS cita como objetivo desenvolver ao máximo possível o nível de saúde de todos os povos. A saúde é definida nesse mesmo documento como um “estado de completo bem-estar físico, mental e

social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946, Cap. I, p. 01).

O Brasil tem participação fundamental na história da Organização Mundial da Saúde, criada pela ONU para elevar os padrões mundiais de saúde. Dentre outras ações, a OMS supervisiona a implementação do Regulamento Sanitário Internacional, e publica uma série de classificações médicas, incluindo a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID), a Classificação Internacional de Funcionalidade, a Incapacidade e Saúde (CIF) e a Classificação Internacional de Intervenções em Saúde (ICHI), além de publicar, de forma regular, um Relatório Mundial da Saúde, incluindo uma avaliação de especialistas sobre a saúde global.

O fenômeno do suicídio não escapa a estas mudanças no paradigma médico-científico. Em seu Compêndio de Psiquiatria, Sadock, Sadock e Ruiz (2017) afirmam que hoje, na sociedade ocidental, o suicídio não é visto nem como ato aleatório nem como algo sem sentido: seria indícios de um intenso sofrimento (ao contrário de uma interpretação contrária na qual o indivíduo teria a escolha de dar fim à própria vida por opção despropositada, ou seja, mesmo não necessariamente motivada por sofrimento intenso). Diante desta interpretação, percebe-se que há apenas um deslocamento do foco explicativo sobre o fenômeno, mas nunca uma redução do seu efeito de espanto social, pois permanece a incessante busca por sentidos. Isto posto, temos atualmente inúmeras regras e manuais que pretendem “explicar para prevenir” o suicídio.

Em se tratando dos americanos, o primeiro subterfúgio “formal”, a “Estratégia Nacional para Prevenção de Suicídio”, foi organizado por um cirurgião em 2001, sob patrocínio do National Institute of Health (NIH). Na estratégia são estabelecidas metas e objetivos específicos para reduzir o suicídio através de pelo menos onze intervenções, dentre as quais destacam-se, dentre muitos outros: a promoção da consciência de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; esforços para reduzir o acesso a meios letais e métodos de dano próprios; implementação de treinamentos para reconhecimento de comportamentos de risco com melhoria e ampliação dos sistemas de vigilância e, ressalta-se, implementação de estratégias para reduzir o estigma associado a ser um consumidor de serviços de saúde mental e abuso de substâncias (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Percebe-se, aqui, a clara associação do fenômeno a um pretenso sofrimento mental ou categorias psiquiátricas. Em relação ao Brasil, a conjuntura não poderia se mostrar diferente: em 1999 a OMS lançou o SUPRE, uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio, na qual o Brasil se destaca por várias publicações direcionadas a grupos populacionais ou profissionais

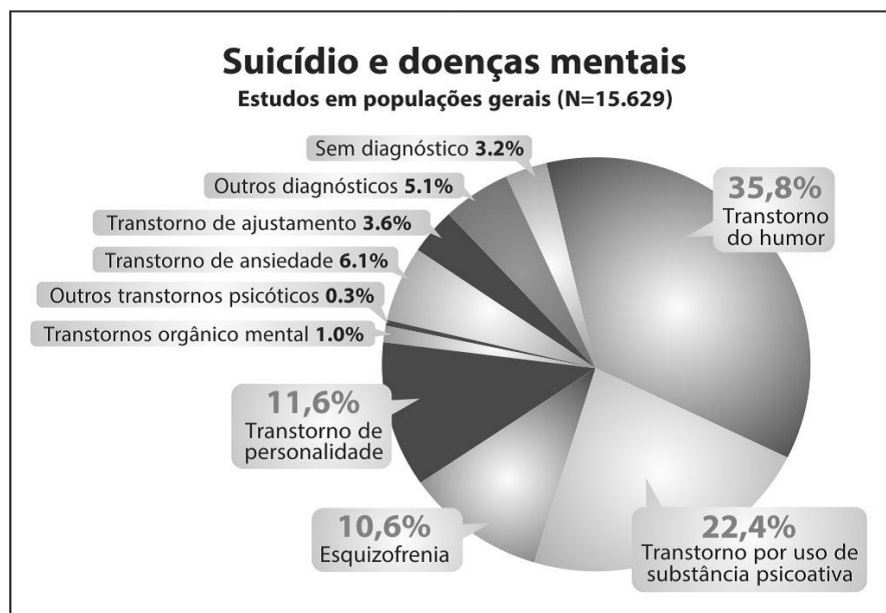
específicos: temos manuais direcionados a profissionais de imprensa, a conselheiros, equipes de atenção primária e a equipes de saúde mental, todos eles como parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio e com edições frequentemente atualizadas. Para Botega (2015), um plano nacional de prevenção de suicídio indicaria um compromisso em torno da problemática, através de diretrizes para vigilância epidemiológica, restrição de meios para suicídio, orientações para as mídias, redução do estigma, aumento da consciência da população e treinamento para profissionais de diversas linhas (saúde, policiais, bombeiros, clérigos, professores, dentre outros); ou seja, nada muito divergente da estratégia americana.

Frente o aumento da atenção sobre o tema, foi instituído em 2003, pela Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio em conjunto com a Organização Mundial de Saúde, o *Dia Mundial para Prevenção do Suicídio*. Esta data teria o objetivo de prevenir o ato do suicídio, através da adoção estratégias pelos governos dos países. Contudo, foi somente em 2014 que a OMS divulgou dados do primeiro Relatório Global para Prevenção do Suicídio, revelando que mais de 800 mil pessoas dão fim à própria vida todos os anos no mundo, sendo 75% dos casos ocorrendo em países de baixa e média renda. A partir de então, o fenômeno passou a ser encarado como um grande problema de saúde pública. O Brasil figurou como o oitavo país, nas Américas, em número de suicídios. Frente aos dados alarmantes, mais recentemente, em 2015, surgiu o “*Setembro Amarelo*” como uma iniciativa da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP em conjunto com o Centro de Valorização da Vida (CVV). Este último configura-se uma entidade sem fins lucrativos que atua gratuitamente na prevenção do suicídio desde 1962, fundante da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS) e sendo ativo junto à Associação Internacional para Prevenção do Suicídio (IASP), e a outros órgãos internacionais que atuam pela causa. Mundialmente, esta associação estimula a divulgação da causa, vinculado ao dia 10 do mesmo mês no qual se comemora o Dia Mundial para Prevenção do Suicídio (CVV, 2016).

Diante do exposto, faz-se necessário ponderar como a visão médica tem se posicionado diante deste “conhecer para prevenir”. Primeiramente, são declaradas algumas afirmativas consideradas “mitos” sobre o suicídio, que figuram em qualquer cartilha, manual e livro que discorrem sobre o tema na atualidade. Com a justificativa de combater os declarados “[...] erros e preconceitos que se repetiram na história” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014, p. 12), são citados como mitos a serem desconstruídos, que dentre outros destacamos: 1) pessoas que ameaçam se matar não farão isso, querem apenas chamar atenção; 2) se um indivíduo depressivo tem pensamentos suicidas, e passa a se sentir melhor, significa

que o problema passou; 3) não devemos falar sobre suicídio pois isso pode aumentar o risco; 4) quando um indivíduo mostra sinais de melhora ou sobrevive a uma tentativa, está fora de perigo; 5) quem quer se matar não avisa; 6) é proibido que a mídia aborde o tema de suicídio e, por fim, (de forma a ressaltar); 7) o suicídio é uma decisão individual, já que cada um tem pleno direito a exercer seu livre arbítrio. Acentuamos este último pretensão “mito” por deixar clara a interpretação de que um dos pilares mais importantes para abordagem do suicídio é a doença mental e, por sua vez, sua prevenção se basearia no tratamento de tal doença – o que vai de encontro a outras visões sobre o fenômeno, inclusive a visão sociológica. Não causa admiração que as mesmas referências, no entanto, assumem que uma parte da população suicida não perfaz nenhum diagnóstico psiquiátrico – apesar de ressaltarem que muitas vezes se trata de indivíduos não diagnosticados de forma adequada (Figura 1, BERTOLOTE; FLEISCHAMNN, 2002).

Figura 1 – Suicídio e Doenças Mentais



FONTE: BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002

Também comentando sobre o penúltimo dos mitos elencados neste manual da CFM/ABP e que, repetimos, figuram dentre as principais referências científicas sobre o tema: o suposto tabu de “*proibição da mídia ao abordar o tema suicídio*” (em contraponto à clara indicação de abordar o tema socialmente e de forma pública) não pode ser visualizado de forma simplista, pois identificamos maneiras nas quais o suicídio, quando representado midiaticamente de forma romântica, cria idealizações de “heróis” no imaginário social (como exemplo, a protagonista da série americana baseada no livro homônimo de Jay Asher “Os 13

Porquês” – *13 Reasons Why*, que teria causado sentimentos de identificação por vários jovens da mesma idade), o que teria ocasionado inclusive uma tentativa de proibição da série no Canadá, pelo receio do já citado efeito Werther.

Este termo foi utilizado pela primeira vez em 1974, pelo sociólogo David Phillips, que teria realizado estudos entre 1947 e 1968 e detectado que após divulgações na mídia de suicídio de alguma personalidade famosa, a taxa de óbitos pelo fator aumentava em cerca de 12%. O nome vem da obra “Os sofrimentos do jovem Werther” (*Die Leiden des Jungen Werthers*), do escritor alemão Wolfgang von Goethe. Nela, o protagonista se suicida por amor, e teria provocado uma onda de suicídios de imitação após a sua primeira publicação em 1774. Referindo-se a este incidente histórico, Phillips (1974) deu-lhe o nome de efeito Werther. No entanto, o impacto suicida do romance de Goethe nunca foi conclusivamente demonstrado (PHILLIPS, 1985). Apenas mais recentemente alguns novos dados surgiram em relação a este possível efeito contagioso. Kreitman *et al* (1969) constataram que quem tenta suicídio possui mais amigos suicidas, o que poderia indicar que as pessoas propensas ao suicídio, escolhem, para amigos, indivíduos com tendências suicidas (ALMEIDA, 2000).

Em relação aos *fatores de risco* reconhecidos para comportamento suicida, figuram: sexo masculino, certas faixas etárias (dando importância à crise da meia-idade), estado civil, variáveis socioeconômicas e tentativas anteriores, conforme Tabela a seguir (ABP, 2014; BOTEGA, 2015; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Tabela 1 – Principais fatores de risco associados ao comportamento suicida

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS	TRANSTORNOS MENTAIS
<ul style="list-style-type: none"> * sexo masculino * jovens (15-49 anos) e acima de 65 anos * estado civil solteiro, viúvo ou divorciado * sem filhos * populações minoritárias * desempregados ou aposentados 	<ul style="list-style-type: none"> * depressão * transtorno afetivo bipolar * transtornos mentais/comportamentais relacionados ao uso de etílicos e outras substâncias * transtornos de personalidade * esquizofrenia * comorbidades psiquiátricas * história familiar de doenças mentais
ASPECTOS PSICOSSOCIAIS	CONDIÇÕES DE SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"> * isolamento social/ausência de apoio social * perdas recentes * pouca resiliência/situações de vulnerabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> * doenças físicas incapacitantes * dor crônica * doenças neurológicas

<ul style="list-style-type: none"> * abuso físico ou sexual * desespero, desesperança ou desamparo * vergonha ou humilhação (<i>bullying</i>) * rigidez cognitiva ou pensamento dicotômico * traços de personalidade ambivalente, impulsiva, perfeccionista, agressiva ou instável * ter tentado suicídio ou familiares que já tentaram suicídio 	<ul style="list-style-type: none"> * trauma medular * tumores malignos * estados confusionais orgânicos (<i>delirium</i>) * outras condições físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas ou terminais
--	--

FONTES: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014; Botega, 2015; Sadock, Sadock e Ruiz, 2017

Ao observarmos os fatores de risco reconhecidos, a própria ciência médica que busca categorizar os comportamentos suicidas, traz no seu embate alguns aspectos pretensamente psicológicos: a questão da ambivalência do indivíduo, a impulsividade e a constrição. Em relação à ambivalência, a própria cartilha da OPAS/OMS (2006) e o manual da ABP (2014) trazem esta definição, se aproximando da subjetividade do indivíduo ao reconhecer que nele podem coexistir o desejo de vida e o de morte, mas escorregam novamente no afastamento da visão individual ao reduzir o problema a uma mera questão de saber prover um oportuno apoio emocional necessário para reforçar o desejo de viver, reduzindo assim o risco de suicídio. Quanto à impulsividade, reconhecem que o ato pode ser usualmente motivado por circunstâncias negativas, como rejeição, fracasso, falência, dentre outras e que este “impulso de morte” seria transitório, podendo ser aplacado por uma ajuda empática adequada. Em contraponto, um estado de rigidez ou constrição seria aquele no qual o indivíduo passa a ser incapaz de perceber outras maneiras de enfrentar ou sair do problema (OPAS/OMS, 2006; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017 e ABP, 2014). Por fim, ainda consideram características da personalidade, trazendo à tona questões como resiliência *versus* vulnerabilidade individual, tolerância à dor psíquica e julgamento adequado ou não à realidade.

Sendo constatado como um *problema científico*, atualmente há o risco de que um fenômeno tão complexo seja reduzido a um problema puramente intelectual, acima de repreensões, mas esquecendo-se também das reflexões morais e ponderações das vivências pessoais. Com os olhares focados no indivíduo, antes pecador e agora vítima, quer seja de sua fisiologia cerebral, quer seja da organização política e econômica em que está inserido, o suicídio perde sua dimensão dramática e personalizada.

Percebemos, diante o exposto, que conhecer o modo como as ciências da saúde hoje visualizam o fenômeno e tentam a todo custo preveni-lo, parece-nos mais um pilar dentre tantos

outros na busca pela compreensão de algo de tamanha complexidade. Não menos importante, mas nunca suficiente. Nos dias atuais, observamos uma reascensão do debate estoico: o de que, em algumas condições, o suicídio pode ser uma opção aceitável. A questão é quando um profissional deve ter uma aproximação intervencionista ou quando o seu papel deve ser mais de avaliação da racionalidade da decisão do paciente (BOTEGA, 2015).

É fato inegável que boa parte dos suicídios está ligado a problemas de saúde mental, e outros a um sofrimento psicológico e pessoal intenso, mas escapa a estas interpretações outra parte de casos em que, por falta de aproximação particular e pessoal das motivações do indivíduo – e não somente por uma incapacidade ou falha de identificação por quem o aborda – o fenômeno acontece causando ainda maior perplexidade. Seriam esses casos realmente preveníveis? É possível encontrarmos alguma relação atualmente ainda não identificada? De que modo poderíamos acessá-la, se é que ela existe? Pretendemos ajudar identificando alguma relação – se existente – entre esses comportamentos e a satisfação com a vida, indo para além do mero diagnóstico categorial das doenças mentais, ou seja, considerando aspectos outros que perpassam tanto a singularidade dos indivíduos como sua dimensão social, por exemplo, em um conjunto plural de motivações possíveis.

4 METODOLOGIA

Só existe uma jornada: caminhar para dentro de si mesmo. (Rainer M. Rilke)

4.1 Natureza e abordagem da pesquisa

Trata-se de um estudo quantitativo-qualitativo com análise através da triangulação de dados, realizado em três etapas: a Fase 1 (F1), quantitativa, caracterizando-se como transversal, observacional com levantamento e associação entre variáveis. A Fase 2 (F2), qualitativa, caracterizando-se como estudo de caso descritivo, realizado mediante realização de entrevista estruturada em indivíduos selecionados após a F1 da pesquisa. A Fase 3 (F3) teve o intuito de relacionar e discutir os resultados das Fases 1 e 2, compondo o processo de triangulação na análise dos dados.

Segundo Silveira e Córdova (2009), a pesquisa quantitativa tem suas raízes no pensamento positivista lógico e tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Já a pesquisa qualitativa salienta os aspectos dinâmicos e individuais da experiência humana, visando apreender a totalidade no contexto daqueles que vivenciam o fenômeno (POLIT *et al*, 2004).

A pesquisa quantitativa observacional é aquela na qual o investigador atua meramente como expectador de fenômenos ou fatos, sem, no entanto, realizar qualquer intervenção que possa interferir no curso natural e/ou no desfecho dos mesmos. Porém, é possibilitado ao mesmo realizar medições, análises e outros procedimentos para coleta de dados (FONTELLES *et al*, 2009). Em relação ao delineamento temporal, a Fase 1 da presente pesquisa caracteriza-se como de corte transversal pois será realizada em um período delimitado. Quanto aos objetivos, esta fase tem cunho exploratório-descritivo.

A Fase 2 do estudo caracteriza-se como estudo de caso exploratório, no qual a exploração do fenômeno tem como objetivos desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias. Segundo Doxsey e De Riz (2002-2003), esse tipo de pesquisa é realizado especialmente quando há poucas informações disponíveis sobre o tema ao qual se relaciona o objeto de estudo. Justamente devido ao escasso conhecimento do assunto, o planejamento é flexível, de forma que os vários aspectos relativos ao fato possam ser considerados. A escassez de informações torna difícil a formulação de hipóteses, como requerem as pesquisas descritivas e explicativas.

Ainda sobre este método, Gil (1999) afirma que este tipo de estudo tem por objetivo primordial proporcionar maiores informações e a descrição das características de determinado fenômeno. Minayo (2013) menciona que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, ou seja, ela trabalha com os significados, os motivos, as aspirações, crenças, valores e atitudes. Estes fenômenos são parte da realidade social, pois o ser humano se distingue por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Quanto à análise dos dados obtidos, utilizamos o processo de triangulação – Fase 3 (F3) da pesquisa. A origem do conceito de triangulação não vem das ciências sociais e humanas, mas sim das ciências militares. Decorrente da navegação e da topografia, a triangulação seria um método para fixar uma posição, cujo componente crucial, além da exigência de que cada medida seja correta, é que essas medidas devem ser inter-relacionadas. Hoje em dia essa técnica é usada nos GPS (OPPERMANN, 2000).

A triangulação em pesquisas pode ser definida como o uso de múltiplos métodos ao estudar o mesmo fenômeno. Combina-se duas ou mais abordagens metodológicas, perspectivas teóricas, fontes de dados, métodos de investigação e análise para estudar o mesmo fenômeno, com o intuito de aumentar a credibilidade do estudo (HUSSEIN, 2009).

Flick (2009), citando Bryman (1992), afirma que um dos caminhos possíveis para a interpretação das pesquisas quantitativa e qualitativa, pela lógica da triangulação, é esclarecer a relação entre os níveis micro e macro de um ponto essencial: através da combinação de ambos os métodos em etapas diferentes do processo de pesquisa. No caso da triangulação, as diferentes perspectivas metodológicas complementam-se para análise do tema, o qual métodos autônomos seguem operando lado a lado tendo como ponto de encontro o tema do estudo. Assim, o uso da triangulação contribui não apenas para o exame do fenômeno sob o olhar de múltiplas perspectivas, mas também enriquece a nossa compreensão, permitindo emergir novas ou mais profundas dimensões; para estimular a criação de métodos inventivos, outras maneiras de capturar um problema para equilibrar com os métodos convencionais de coleta de dados, descobrir dimensões desviantes do fenômeno; e permite a obtenção de novos conhecimentos, através de novos pontos de vista.

Ainda sobre esta temática, Tuzzo e Braga (2016) ratificam que, apesar de comumente serem encontrados estudos de triangulação que mesclam as pesquisas quantitativas e qualitativas, a triangulação pode ser firmada tendo como eixo central a própria pesquisa qualitativa, a partir do tripé sujeito-objetos-fenômenos. Esses três vértices de investigação,

ainda que componham um processo, devem ser trabalhados de forma isolada para poder se integrar ao todo, porém nunca se limitar a nenhuma destas duas dimensões (o “isolado” ou o “todo”), ou seja, um não existe por si só sem a presença do outro, mas deve ser visualizado em suas dimensões complexas. É aqui que surge o conceito de metafenômeno, que emerge a partir dos sujeitos e do fenômeno estudado, e que não existiria sem a relação destes dois últimos.

Um exemplo dado pelos próprios autores é de uma pesquisa feita com leitores de um jornal impresso. Neste caso, os sujeitos são os leitores, o jornal impresso é o objeto e o fenômeno é a leitura. O fenômeno, neste caso, se caracteriza na atualidade pelo tipo de leitura (física, digital ou ambas): neste sentido surge a noção de metafenômeno, onde o fenômeno é sempre algo que não pode ser dissociado da pesquisa e da triangulação, ou seja, é no encontro entre fenômeno (objeto) e sujeito que o próprio fenômeno se faz, sendo este indissolúvel daquele (o que caracteriza um metafenômeno por se configurar no “aqui e agora” (*hic et nunc*) da pesquisa. A ideia é que o metafenômeno só pode ser compreendido dentro de um contexto social, onde nesta perspectiva as características de cada pesquisa precisam considerar o momento histórico, cultura e o paradigma da complexidade.

O metafenômeno pode e deve apresentar ao pesquisador o fenômeno de interesse, que nem sempre é óbvio (é sobre a obviedade que geralmente nos debruçamos e faz parte do senso comum; o distanciamento do pesquisador é necessário, em parte, para que ele possa enxergar além do óbvio). No entanto, cabe ressaltar que tal distanciamento é por vezes reconhecido como impossível em sua totalidade, no sentido de que haveria uma inviabilidade de neutralidade total por parte do pesquisador diante do fenômeno observado. No geral, seria possível apenas um esforço de afastamento do objeto, ou seja, uma tentativa de distanciamento de tudo que existe a priori, por meio de uma redução fenomenológica, através da qual seria possível captar o sentido e o significado das experiências do sujeito. Resta claro que aqui encontra-se a presença do pesquisador, sua própria vivência, deixando como maior ensinamento a impossibilidade de uma redução completa (DUTRA, 2002). Concluindo, a possibilidade de triangulação parece ser uma abordagem que sustenta e faz sentido à medida que oferece ao pesquisador olhares múltiplos e diferentes no mesmo lugar de fala: o todo e as partes são focos determinantes neste modelo. O que emerge nas pesquisas são os pensamentos de complexidade e de sentidos numa sociedade múltipla na perspectiva de pessoas e acontecimentos. É no metafenômeno que o fenômeno se constitui, permitindo que seja possível triangular sujeito, objeto e fenômeno. O metafenômeno aqui se revela, portanto, através da percepção dos fatores

que precedem a ideação suicida, das múltiplas motivações que envolvem a ideação e os comportamentos do espectro suicida nos acadêmicos de medicina.

Assim, neste trabalho, a triangulação se fez ao discutir dialogicamente os dados obtidos nas fases quantitativa e qualitativa da pesquisa com aqueles da ficha de identificação, utilizando-se os referenciais da literatura para corroborar o que foi encontrado e produzindo uma compreensão mais completa sobre o fenômeno estudado.

4.2 Local de estudo e sujeitos da pesquisa

O local ou cenário do estudo foi a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral. O Curso de Medicina/UFC-Campus de Sobral iniciou suas atividades em 2001. Possui atualmente uma estrutura com 7 laboratórios além do NUBIS (Núcleo de Biotecnologia de Sobral), nos quais são desenvolvidos diversos estudos e pesquisas nas diferentes áreas de interesse (farmacologia, imunologia, bioquímica etc.). Este curso segue um novo projeto pedagógico com módulos integrados, e tem como missão a formação médica utilizando metodologias e cenários de ensino adequados, visando ao desenvolvimento individual e coletivo de conhecimentos, habilidades e atitudes, fundamentados em princípios éticos, humanísticos e científicos a partir das necessidades de saúde da população (UFC, 2017). Conta com 440 acadêmicos regularmente matriculados e ativos, perfazendo um total de 23 turmas (dados atualizados ao final do ano de 2017, período correspondente ao início da pesquisa), dos quais boa parte é proveniente de outros estados/regiões do Brasil, e que compôs a população-alvo da F1 da pesquisa.

Para o desenvolvimento do estudo, o projeto de pesquisa foi apresentado à coordenação do Curso de Medicina – UFC – *campus* Sobral. Obtida a carta de anuência da coordenação do Curso, o projeto foi então apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (Anexo A). Após a aprovação por esta instância, a coleta de dados teve início com a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) e, após o consentimento dos participantes, os dados foram coletados com aqueles que aceitaram participar. A amostragem da F1 foi do tipo aleatória, com base no quantitativo de alunos por semestre, admitindo-se como critérios de inclusão: idade acima de 18 anos, independente de gênero; estar regularmente matriculado e frequentando atividades acadêmicas formais no período da coleta de dados e que aceitem participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE. Excluímos da pesquisa os alunos com algum grau de deficiência

mental ou transtorno mental, apropriadamente identificados através da constatação da presença de sintomas que perfazem critérios diagnósticos do Código Internacional de Doenças – CID10, capítulo F, que trata dos *Transtornos Mentais e Comportamentais*. Sendo identificado alguma destas patologias, o participante foi devidamente encaminhado ao serviço de atenção à saúde adequado, conforme necessário, por escrito. Foram também excluídos aqueles que não estiverem regularmente matriculados ou ausentes por motivos diversos (férias, afastamento por doenças etc.).

Para a Fase 2 (qualitativa), entrevistamos 48 (quarenta e oito) acadêmicos, escolhidos de forma aleatória, contactados via aplicativo WhatsApp no início de 2019, procedido com agendamento de horário de acordo com a disponibilidade do potencial entrevistado. As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo de acordo com a escolha do acadêmico. Dentre estas, selecionamos 16 (dezesseis) que consideramos mais relevantes, de acordo com o teor das respostas obtidas. Ressalta-se que, para a pesquisa qualitativa, o pesquisador seleciona os sujeitos de acordo com o problema da pesquisa. Não por uma dedução arbitrária que os sujeitos que obtiveram uma menor avaliação em sua satisfação com a vida ou aspectos relacionados a faculdade teriam também comportamentos suicidas, mas pela necessidade de investigação aprofundada em suas motivações para essa baixa avaliação, podendo aqui identificar-se – ou não – o risco suicida. Tais sujeitos potencialmente validariam tal informação com outro ponto de vista ou uma visão mais crítica dessa situação problemática. Segundo Doxsey e De Riz (2002-2003), vários fatores influenciam as decisões tomadas pelo pesquisador no planejamento de um estudo. O tamanho e a complexidade da população são os principais determinantes no tamanho e no tipo de amostra contemplado. Esse tipo de pesquisa permite maior liberdade na composição dos casos e/ou unidades a serem escolhidas. Porém, ao mesmo tempo em que observamos questões pragmáticas no desenho do estudo, o pesquisador deve evitar que preferências, valores pessoais ou fatores de conveniência afetem suas decisões sobre a população a ser estudada. O bom senso não é suficiente para determinar o tamanho da amostra em pesquisas quantitativas. É necessário utilizar as fórmulas, evitando regras simplistas pelas quais o pesquisador aplica uma porcentagem X ao número total população (universo) para calcular a amostra.

4.3 Instrumentos de coleta dos dados

Foram utilizados três instrumentos de coleta. O primeiro, composto de uma Ficha de Identificação (Apêndice A) – que contém informações sobre idade, gênero, cor da pele, nível de reprovação, afastamento anterior dos estudos, estrutura familiar e com quem reside, grau de instrução dos pais e classificação socioeconômica. Para tal classificação, utilizamos o Critério Brasil da ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, que procura estimar o poder econômico sem a pretensão de estratificar os indivíduos em classes sociais (ABEP, 2008).

Como segundo instrumento, utilizou-se uma versão adaptada da Escala Multidimensional de Satisfação com a Vida em Estudantes (MSLSS) (HUEBNER, 1994; BARROS, 2009) (Apêndice B). Esta possui cinco domínios específicos (curso, família, amigos, consigo mesmo e ambiente de convívio) e um fator global de satisfação com a vida, em escalas *Likert*. A adaptação realizada foi mínima, apenas substituindo o termo "escola" da versão original por "curso" ou "faculdade" (no caso, referindo-se à graduação em medicina). A confiabilidade e validade da MSLSS foi verificada em vários países, inclusive no Brasil (BARROS, 2008, 2013 [in press]).

O terceiro instrumento, utilizado na fase qualitativa (F2) da pesquisa, compreende uma Entrevista Estruturada (Apêndice C) desenvolvida pelos autores desta pesquisa, adaptada do questionário já patenteado na UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte e elaborado originalmente por Elza Maria Socorro Dutra, doutora em psicologia clínica pela Universidade de São Paulo e Pós-doutora pela UFF-RJ, com a devida anuência da autora, através de contato por correio eletrônico.

As entrevistas da F2 foram gravadas com aparelho digital (iPhone/iPad) mediante autorização verbal dos participantes, sendo posteriormente transcritas sem alterações ou correções gramaticais. Alguns trechos de respostas foram omitidos por serem de conteúdo deveras íntimo que poderia gerar identificação do participante por pessoas conhecidas ou próximas a este.

4.4 Análise dos dados

A ficha de identificação forneceu dados básicos utilizados em categorizações (unidades de análise) que dialogam com as duas fases da pesquisa, como gênero, idade, com quem mora etc. Para a classificação socioeconômica, optamos pela utilização do Critério Brasil de Classificação Econômica, que de acordo com a ABEP (2008), tem como função estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, sem a pretensão de classificar a população em termos de classes sociais. Dentre os objetivos deste critério estão o de criar um sistema de pontuação padronizado que seja um eficiente estimador da capacidade de consumo das pessoas e famílias; e discriminar grandes grupos de acordo com sua capacidade de consumo de produtos e serviços acessíveis a uma parte significativa da população. Ele faz uso de informações objetivas como a posse e quantidade de bens duráveis no domicílio, a quantidade de banheiros, a existência de empregada mensalista no domicílio e o grau de instrução do chefe de família. Cada item apresenta uma pontuação, que é somada e relacionada a um corte de classificação econômica.

Os dados da F1 foram analisados à luz da estatística descritiva e inferencial, em relação às variáveis sócio demográficas (ficha de identificação) e níveis de satisfação com a vida (MSLSS adaptada), com cálculos de frequência e categorização da satisfação dos estudantes baseados no cálculo das médias. A análise estatística consistiu das aferições médias (com respectivos desvios padrão) para medidas quantitativas, sendo feita uma análise descritiva quanto à escala de satisfação com a vida dividida em domínios.

Para os dados da fase 2 utilizamos a análise de conteúdo de Bardin. De acordo com Bauer (2002), a análise de conteúdo trabalha tradicionalmente com materiais textuais escritos. Aqui inclui-se transcrições de entrevistas, sendo caracterizado o corpus empírico ou experimental.

Para Bardin, a análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...]” dessas mensagens (BARDIN, 1977). Aqui, portanto, o texto é o meio de expressão do sujeito, no qual o analista busca categorizar as unidades textuais que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

A análise de conteúdo trabalha com a materialidade linguística, estabelecendo categorias para a interpretação dos textos coletados. Nesse sentido, procura compreender o

pensamento do sujeito através do conteúdo expresso textualmente, numa concepção transparente de linguagem (CAREGNATO, 2006). Na utilização da análise de conteúdo, o que é visado no texto é uma série de significações que o codificador detecta por meio dos indicadores que lhe estão ligados (PÊCHEUX, 1993). Foi então efetuada categorização com posterior análise das respostas às questões abertas do instrumento fase 2.

Para melhor interpretação do conteúdo, procedemos com uma divisão dos acadêmicos entrevistados entre aqueles que perfazem o “ciclo básico” (semestres 1 ao 4) e “ciclo clínico” (semestres 5 ao 8), pelo fato de haver diferenças substanciais no modo de abordagem e apresentação do conteúdo relacionado ao curso de medicina, o que interfere diretamente nas vivências e nos sentimentos de satisfação relatados pelos discentes. No ciclo básico, são apresentadas matérias introdutórias sobre o funcionamento normal do corpo humano. Já no ciclo clínico, as disciplinas passam a dar mais ênfase ao estudo das doenças: como surgem, seus efeitos no corpo humano e como tratá-las. Assim, os alunos aprendem sobre as patologias mais comuns, como diabetes, hipertensão arterial e doenças das vias respiratórias. Durante esse tempo, os alunos vivenciam os primeiros contatos com os pacientes, o que pode gerar grande motivação e descobertas. Muitas aulas são dadas em hospitais-escolas e centros de saúde conveniados com a instituição de ensino. No ciclo clínico, os alunos aprendem, por exemplo, a interpretar exames, como eletrocardiograma, raio X e ressonâncias, além de realizar exames físicos, e é geralmente, nesse momento que os estudantes começam a definir a área de especialização.

Nesse sentido, Quintana *et al* (2008) observaram que há uma maior insatisfação por parte dos alunos com os dois primeiros anos do curso, por ser este um período no qual adquirem um conhecimento meramente teórico. Acrescentamos aqui, com base nas respostas obtidas na F2, que há também um grande “choque de realidade” pelo fato de o acadêmico ter expectativas ou fantasias que não se concretizam com a realidade vivenciada após o factual início da graduação.

Por fim, relacionamos os dados obtidos na ficha de identificação, a estatística descritiva do instrumento da fase 1 com a análise de conteúdo (F2), compondo o processo de triangulação na análise dos dados e objetivando uma compreensão mais profunda do fenômeno pesquisado. Tal relação se fez presente no decorrer das análises, sempre evidenciando um diálogo entre os três instrumentos e a literatura pertinente.

4.5 Procedimentos éticos

A pesquisa seguirá os princípios éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas que envolvem seres humanos as quais deverão atender aos fundamentos éticos e científicos, assegurando os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, bem como garantir os princípios da bioética, sendo estes a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

Em respeito à autonomia dos participantes do estudo, foi claramente informado que a coleta de dados só iria acontecer caso os mesmos aceitassem participar da pesquisa e a permitissem. Em relação à beneficência, desenvolveu-se nesta pesquisa com o intuito de beneficiar os acadêmicos participantes do estudo por meio de atitudes que promovam seu bem-estar garantindo a prevenção de riscos que pudessem ocorrer no decorrer da pesquisa.

Para garantir os princípios da não maleficência, equidade e justiça, foi garantido que qualquer tipo de danos ou riscos aos participantes seria evitado. No entanto, restou claro no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que, caso algum participante sentira-se constrangido em responder algum dos questionários da pesquisa, poderia desistir e se recusar a respondê-los em qualquer momento da pesquisa. Nenhum participante foi submetido a discriminação de qualquer natureza, seja em relação às respostas à entrevista ou a condição de vulnerabilidade psicológica do indivíduo, tendo em vista que as abordagens foram realizadas em ambiente mais reservado possível. Procuramos não emitir opiniões pessoais, não julgar crenças ou valores, buscando manter uma postura empática e evitar quaisquer constrangimentos. Também não foi oferecida nenhuma vantagem financeira ou assistencial/institucional a qualquer participante da pesquisa.

Os riscos do estudo foram declarados aos participantes, e poderiam compreender: sentimento de invasão de privacidade ao responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade; possibilidade de revitimização e perda do autocontrole e da integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados; medo de sofrer discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, mesmo que não identificado, assim como da divulgação de dados confidenciais. Tais riscos foram minimizados através da habilidade no método da coleta dos dados, estando atentos a sinais verbais e não-verbais de desconforto, assim como condução das entrevistas em ambiente privativo. As potenciais fragilidades, patologias ou mesmo singularidades, ainda que temporárias ou circunstanciais, que pudessem predispor os participantes a alguma afetação produzida pela pesquisa também foram ativamente

avaliadas, com a adoção de medidas adequadas para preveni-las, minimizá-las ou mesmo remediá-las. Para tal, nos comprometemos a minimizar desconfortos, providenciando local reservado e liberdade para não responder questões que o entrevistado considerasse constrangedoras. Asseguramos confidencialidade e privacidade, proteção da imagem e não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo de pessoas ou comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio econômico e/ou financeiro. Após a pesquisa, garantiremos o acesso aos resultados e, também, a não violação e integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras). Ademais, assumimos a responsabilidade de assistir às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos, no sentido de encaminhar adequadamente o participante ao serviço de atenção à saúde pertinente, conforme a necessidade, por não se configurar objetivo da pesquisa o caráter assistencial.

Após esclarecimento sobre os objetivos do estudo e importância da participação dos estudantes de medicina em participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D), foi procedida a coleta de dados nas fases respectivas da pesquisa: Ficha de Identificação (Apêndice A), Escala Multidimensional de Satisfação com a Vida em Estudantes (MSLSS – HUEBNER, 1994), adaptada (Apêndice B) e, por fim, Entrevista Estruturada adaptada de Dutra (2010a), (Apêndice C).

5 RESULTADOS

When your day is long; And the night... and the night is yours alone; When you think you've had enough of this life, well hang on; Don't let yourself go 'cause everybody cries; And everybody hurts... Sometimes¹ (Música: “Everybody hurts”, The Corrs)

5.1 Aspectos socioeconômicos

O curso de medicina da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral iniciou suas atividades em 2001. À época, o principal meio de ingresso era pelo método do vestibular, constituído de duas etapas. A partir do ano de 2011, passa a adotar como única forma de ingresso o ENEM - Exame Nacional do Ensino Médio, prova realizada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, autarquia vinculada ao Ministério da Educação do Brasil e criada em 1998. A partir de então, “a seleção passa a privilegiar as habilidades e as competências do aluno em vez do excesso de conteúdos” (Diário do Nordeste, 2010).

Contudo, uma potencial mudança no perfil de alunos a adentrarem a instituição passa a ser percebida somente em 2014, quando a instituição passa a adotar a política de cotas, contando com 50% de cotistas, fato que tornou viável o ingresso das mais diferentes cores, raças, e extratos sociais no curso. Tal fato está refletido na variabilidade dos dados obtidos pelo instrumento “Ficha de Identificação” (Apêndice A), no qual foi realizada a estimativa do poder econômico através do Critério Brasil da ABEP, assim como obtidos outros dados tais como idade, gênero (sexo), cor de pele e estrutura familiar. Ressalta-se aqui que a denominação “gênero” para as categorias “masculino” ou “feminino” não foi modificada pela necessidade de manter o instrumento ABEP inalterado, mas considerando que as conceituações de identidade de gênero e orientação sexual se expandiram até um entendimento mais amplo e mais fluido da variação de gênero (WALSH, 2016), optamos por não utilizarmos os resultados deste quesito

¹ Tradução livre: “Quando seu dia é longo; E a noite... E a noite é solitariamente sua; Quando você está certo de que já teve o suficiente dessa vida, bem segura ai; Não se deixe ir; Porque todo mundo chora; E todo mundo se machuca às vezes” (“Everybody hurts”, The Corrs).

em específico do instrumento, por perceber que ele falha ao detectar corretamente o que se pretende (vide várias respostas “em branco” ou indefinidas quando no momento da análise final dos dados).

Apresentamos a seguir os dados obtidos estratificados por semestre, a fim de gerar possibilidades de comparação para análise posterior conjunta com as informações obtidas nas fases posteriores.

Tabela 2: Total de alunos por semestre

SEM	MATRICULADOS	PARTICIPARAM DA PRIMEIRA ETAPA
1º. Semestre	45	40
2º. Semestre	43	42
3º. Semestre	42	36
4º. Semestre	39	32
5º. Semestre	42	37
6º. Semestre	43	33
7º. Semestre	39	28
8º. Semestre	42	37
TOTAL	335	285

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 3: Cor da Pele

SEM	BRANCA	PARDA	PRETA	OUTRA	NÃO RESPONDEU
1º.	18	20	01	00	01
2º.	21	19	02	00	00
3º.	14	19	02	01	00
4º.	18	14	00	00	00
5º.	16	17	03	01	00
6º.	21	09	02	00	01
7º.	09	17	02	00	00
8º.	20	15	02	00	00
TOTAL	137	130	14	02	02

Fonte: elaborada pelo autor.

A maior participação foi de alunos do segundo semestre (97,6%), e a menor participação ficou por conta do sétimo semestre (apenas 71,7%). É perceptível a partir do quarto semestre uma redução geral da participação (em termos relativos), possivelmente traduzindo ou maior carga de conteúdos e aulas práticas, com conseqüente maior dificuldade de acesso aos alunos; ou quiçá um maior nível de estresse psicológico tornando mais difícil o desfoque para outros assuntos que não os concernentes ao curso.

Observamos, em relação à cor da pele, que a quase totalidade dos graduandos se declarou “pardo” ou “branco” (em metade dos semestres houve predominância da cor “parda”, e em outra metade da cor “branca”, sendo a cor “preta” pouco declarada). Frisamos que a denominação “pardo” é utilizada para caracterizar alguém com diferentes ascendências étnicas e, portanto, tais discentes se reconheceriam como pertencentes a uma mistura de cores de peles entre brancos, negros e indígenas. Chama à atenção que nenhum dos participantes do quarto semestre se declarou como “preta”, e a maior diferença entre porcentagens de cor de pele se apresentou no sétimo semestre (cerca de 60% de pardos e 31% de brancos). Esses resultados podem refletir uma alta acessibilidade ao curso para uma categoria diferente da divulgação midiática de que a raça “branca” predomina na área médica, ou mesmo uma maior aceitação e reconhecimento identitário com outras etnias.

Tabela 4: Você mora com...

SEM	AMBOS OS PAIS	PAI	MÃE	OUTRO FAMILIAR	COM OUTRAS PESSOAS	SOZINHO	NÃO RESPONDEU
1°.	12	01	05	03	14	04	01
2°.	09	00	00	09	22	02	00
3°.	07	00	01	05	17	06	00
4°.	02	00	00	02	22	06	00
5°.	09	00	02	04	19	03	00
6°.	03	00	03	03	21	03	00
7°.	05	01	02	01	12	06	01
8°.	04	00	01	02	28	02	00
TOTAL	51	02	14	29	155	32	02

Fonte: elaborada pelo autor.

Na tabela 4 encontramos informações que irão somar à avaliação multidimensional das motivações que envolvem comportamentos suicidas, especificamente no que se refere a com quem o estudante reside. Este fator pesa no quesito rede de apoio social, pois está descrito dentre as características de risco o “morar sozinho”. Percebemos na tabela que a grande maioria (155) passam a residir com outras pessoas, enquanto um total de 67 acadêmicos participantes declarou residir com ambos os pais ou apenas um deles.

Nesse sentido, Dutra (2012), cita que um dos fatores de risco para suicídio nesta população de acadêmicos seria a transição provocada pela saída da casa dos pais e entrada em um ambiente não-familiar, longe de sua principal rede de apoio, causando altos níveis de angústia. Dentro deste contexto, consideramos importante ressaltar que os resultados “morar sozinho” e “morar com outras pessoas” (que não sejam da família) somam 187 (65,61% do total).

Tabela 5: Classificação Socioeconômica ABEP

SEM	A1	A2	B1	B2	C1	C2	D	E	Não respondeu
1°.	00	04	07	06	08	10	04	00	01
2°.	00	00	09	11	11	05	06	00	00
3°.	00	02	03	11	07	06	07	00	00
4°.	00	00	02	10	13	04	03	00	00
5°.	00	05	03	09	08	07	05	00	00
6°.	00	01	03	08	12	05	04	00	00
7°.	00	00	01	06	06	09	06	00	00
8°.	00	00	03	16	10	05	03	00	00
TOTAL	00	12	31	77	75	51	38	00	01

Fonte: elaborada pelo autor.

Com último item de análise da Ficha de Identificação, temos a estratificação dos graduandos em classes, através do Critério de Classificação Econômica Brasil, CCEB ou apenas Critério Brasil. Este constitui-se num padrão de classificação socioeconômica, realizada com base nos domicílios: é uma maneira de medir o poder de compra da população, segmentando os indivíduos em classes.

O Critério Brasil foi desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) com base no indicador de segmentação econômica, criado pela Associação Brasileira de Anunciantes (ABA) no final da década de 60. Esse indicador já era uma forma de

dividir a população, em classes econômicas, a partir da avaliação do poder de compra de grupos de indivíduos com características parecidas.

A ABEP, é a instituição responsável pelo seu controle e por sua atualização. Desde 2003 já foram lançadas 10 versões do Critério Brasil, que incorporam as mudanças na sociedade, avanços tecnológicos e hábitos de consumo.

O Critério Brasil (CB) e o Critério por Faixa Salarial (CFS), são os critérios mais utilizados para a classificação da população brasileira. Para o Critério Brasil, são avaliadas certas características dos domicílios, como a existência e a quantidade de determinados bens, juntamente com a escolaridade do chefe de família. Já o Critério por Faixa Salarial, desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), se restringe numa classificação baseada em faixas de salários-mínimos.

O Critério Brasil possui uma precisão mais apurada para definição de classe social. Embora a renda seja um fator determinante para a classificação, o uso do dinheiro para aquisição de bens de consumo é um critério bem mais preciso. Neste trabalho optamos, portanto, pela utilização deste, porém na versão 2008, que já sofreu algumas modificações, tais como: itens “televisão em cores”, “rádio” e “videocassete” foram retirados, enquanto microcomputador, lava-louças, micro-ondas, motocicleta e secadora de roupas, foram adicionados. O CB é calculado com base em alguns atributos presentes nos domicílios. Para isso é montado um sistema de pontos. Também são fatores relevantes o acesso deste a serviços públicos e o nível de educação do responsável. Para o grau de escolaridade do chefe de família também é atribuído um sistema de pontos. De acordo com a pontuação final obtida, o domicílio será classificado em seis estratos socioeconômicos, de forma decrescente: A, B1, B2, C1, C2, D e E.

Observando a tabela 5, temos que maioria dos alunos da amostra pertence às classes B2 e C1, contrariando a pré-concepção arraigada na sociedade de que só quem adentra o curso de Medicina são jovens provenientes da “classe alta”. Ao analisar dados socioeconômicos de estudantes de medicina, Benevides-Pereira e Gonçalves (2009, p. 19) encontraram que a profissão dos progenitores, com raras exceções, indica que estes estudantes “eram provenientes de famílias de classe média e não de camadas mais abastadas da sociedade, como é comum ser denunciado pela mídia, que frequentemente afirma que as vagas das universidades públicas são preenchidas por alunos oriundos da classe socioeconômica superior”.

Nesse sentido, vale citar que “fatores predisponentes – escolares, pessoais, familiares e *socioeconômicos* – podem levar a uma situação de crise que, se solucionada de

forma dissociativa, ou seja, mal solucionada, pode desencadear sérias doenças, entre elas a depressão” (REZENDE *et al*, 2008, p. 316, grifo nosso) e a ideação suicida.

5.2 Satisfação com a Vida – Instrumento MSLSS-a

O curso de medicina é marcado por inúmeros fatores geradores de estresse que podem influenciar na qualidade de vida do estudante, exigindo dele adaptação e mudanças no estilo de vida. Mesmo dentro de uma faculdade de medicina, onde se deveria ensinar saúde, poucas são as políticas de promoção da saúde e prevenção de doenças ou sofrimento psíquico. Os futuros médicos ingressam num curso longo e de muitas exigências ainda no final da adolescência, sendo obrigados a assimilar, além do conhecimento teórico, posturas, habilidades e atitudes (FIEDLER, 2008). Diante desta realidade, consideramos de grande importância algum grau de avaliação da qualidade de vida do acadêmico de medicina, refletindo sobre uma possível influência nos aspectos motivacionais do comportamento suicida.

Muitas foram as definições de qualidade de vida ao longo dos anos, desde que tal construto passou a ser utilizado na mensuração dos processos saúde-doença. Poli e Romano (2005) *apud* Fiedler (2008) resumem uma evolução histórica do conceito de qualidade de vida: inicialmente como índice que agrupava *segurança, autoestima e capacidade intelectual e física*, passou posteriormente a deter-se sobre grau de *satisfação* com as necessidades físicas, psicológicas, sociais, relacionais, materiais e estruturais. De forma mais abrangente, percebeu-se a necessidade de englobar a *sensação de bem-estar*, advinda da satisfação na vida cotidiana, contudo não escapando à categoria de “índice” que mede as condições de saúde, através das taxas de morbidade e mortalidade. Qualquer que seja a linha de pensamento que adotemos ao avaliar o construto, este mostra-se pluridimensional, englobando aspectos físicos, relacionais, sociais e pessoais.

Contudo, para a presente pesquisa, optamos por seguir um pensamento congruente ao de Petrone (1994), que define qualidade de vida no sentido de satisfação, realização das aspirações e desejos, conscientes ou não, superando de modo positivo os obstáculos da vida em suas diferentes fases. O adoecimento, nessa perspectiva, seria uma denúncia do desconforto existencial e baixa qualidade de vida.

Assim optamos por utilizar a Escala Multidimensional de Satisfação com a Vida (MSLSS), que foi traduzida para o português brasileiro e adaptada transculturalmente por Barros (2009). Nossa modificação para utilização nesse estudo consistiu apenas na troca do

termo “escola” nas perguntas 3, 6, 9, 13, 20 e 22 pelo termo “faculdade”; e da palavra “escolares” da questão 26 por “acadêmicas”.

Tal escala possui cinco domínios específicos (escola, família, amigos, consigo mesmo e ambiente de convívio) e um fator global de satisfação com a vida, cuja pontuação, expressa em escala de *Likert* que varia diretamente com a *satisfação com a vida*. Todas as seis respostas *Likert* da escala foram calculadas num escore total (pseudocontínuo), com variação de escore de 40 (1X40) – mínimo - a 240 (6X40) – máximo -, sendo classificada em três níveis: satisfeito, mais ou menos satisfeito e insatisfeito, baseado no *Mean Satisfaction Score* (MSS) (VALOIS *et al*, 2004). Jovens categorizados como insatisfeitos tiveram pontuação total no escore MSS entre 40 a 120 (relativo às respostas 1, 2 e 3 da escala *Likert*), mais ou menos satisfeitos de 121 a 160 pontos (relativo à resposta 4 *Likert*) e satisfeitos de 161 a 240 pontos (relativos às respostas 5 e 6 *Likert*).

Todas as análises do instrumento foram interpretadas no sentido positivo, fazendo-se a inversão dos valores da escala *Likert* para aquelas informações com sentido negativo para uma boa satisfação com a vida. Desta forma, cada item foi analisado em escore que poderia chegar a um total de máximo de 6 (positivo), sem gerar, na análise, preocupação quando ao sentido das perguntas formuladas. Portanto, observa-se alguns itens nos domínios amigos, faculdade e ambiente de convívio com pontuação reversa (Quadro 2, a seguir). Para cálculo de escores por domínios, os valores variavam de acordo com o número de assertivas componentes de cada domínio, somando-se os pontos totais e dividindo pelo número de itens de cada domínio (família – 7 itens; amigos- 9 itens; faculdade- 8 itens; ambiente de convívio- 9 itens; e consigo mesmo- 7 itens).

Quadro 2 - Lista de perguntas em seus respectivos domínios, escores reversos em destaque

<i>Domínios e Perguntas</i>	<i>Escore</i>	<i>Escore Reverso</i>
FAMÍLIA		
7. Eu gosto de passar meu tempo com meus pais	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
8. Minha família é melhor do que a maioria	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
18. Eu gosto de estar em casa com a minha família	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
19. Minha família se dá bem	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
21. Meus pais me tratam com justiça (de forma justa)	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
28. Os membros da minha família conversam amavelmente uns com os outros	1, 2, 3, 4, 5, 6	---

30. Meus pais e eu fazemos coisas divertidas juntos	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
AMIGOS		---
1. Meus amigos são legais comigo	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
4. Tenho momentos ruins com meus amigos	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
11. Meus amigos são ótimos	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
12. Meus amigos vão me ajudar se eu precisar	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
16. Meus amigos me tratam bem	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
23. Meus amigos são maus comigo	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
24. Eu gostaria de ter amigos diferentes dos que eu tenho	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
29. Eu me divirto muito com meus amigos	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
38. Eu tenho uma quantidade suficiente de amigos	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
FACULDADE/CURSO		
3. Eu me sinto mal na faculdade	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
6. Eu aprendo muito na faculdade	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
9. Existem muitas coisas na faculdade que eu não gosto	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
13. Eu gostaria de não precisar ir para a aula nesta faculdade	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
20. Eu aguardo ansiosamente para ir à aula na faculdade	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
22. Eu gosto de estar neste curso (faculdade)	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
25. Este curso (faculdade) é interessante	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
26. Eu tenho prazer nas atividades acadêmicas.	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
AMBIENTE DE CONVÍVIO		
15. Tem muitas coisas divertidas para fazer onde eu moro	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
27. Eu gostaria de morar em uma casa diferente	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
31. Eu gosto do meu bairro	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
32. Eu gostaria de morar em outro lugar	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
34. Esta cidade está cheia de pessoas más	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
36. A casa da minha família é agradável	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
37. Eu gosto dos meus vizinhos	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
39. Eu gostaria que houvesse pessoas diferentes na minha vizinhança	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
40. Eu gosto de onde eu moro	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
CONSIGO MESMO		
2. Eu sou uma pessoa agradável de se ter por perto	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
5. Existem muitas coisas que eu posso fazer bem	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
10. Eu acho que eu tenho boa aparência	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
14. Eu gosto de mim	1, 2, 3, 4, 5, 6	---

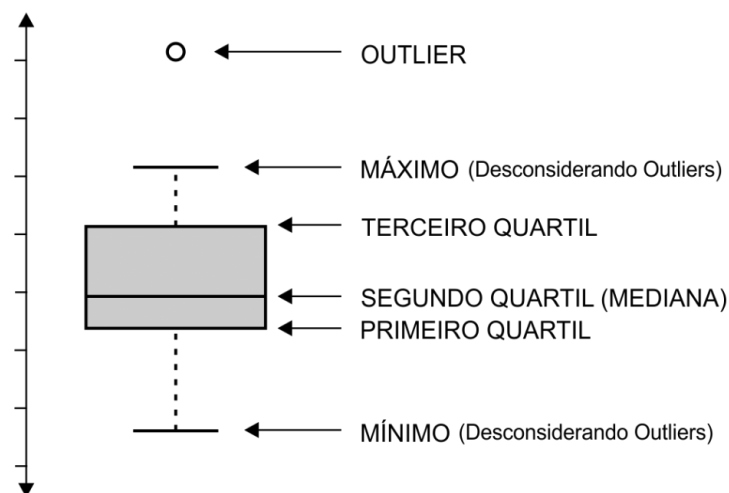
17. A maioria das pessoas gostam de mim	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
33. Eu sou uma pessoa agradável	1, 2, 3, 4, 5, 6	---
35. Eu gosto de experimentar coisas novas	1, 2, 3, 4, 5, 6	---

Fonte: elaborada pelo autor.

Os dados foram organizados na forma de gráficos *Box Plot* para melhor visualização e análise, estratificados por semestre e de acordo com cada domínio, além do valor MSS total. Ao final, apresentamos categorias combinadas, rotuladas por semestre. Todos os gráficos foram elaborados utilizando a plataforma PSPP, um software livre para análise de dados que possui uma interface gráfica de usuário e interface de linha de comando.

Um *Box Plot* é uma ferramenta usada frequentemente para analisar e comparar a variação de uma variável entre diferentes grupos de dados. Ele consiste em uma divisão de quartis (eixo vertical), onde o eixo horizontal seria a variável. Possui uma reta (*whisker*) que se estende verticalmente ou horizontalmente a partir da caixa, indicando a variabilidade fora do quartil superior e do quartil inferior. Os valores atípicos ou discrepantes (*outliers*) são inseridos como pontos individuais representado no gráfico por “o” (sendo “*” um *outlier* extremo). Este instrumento não é paramétrico, apresentando a variação em amostras de uma população estatística sem fazer qualquer suposição da distribuição estatística subjacente (figura 2).

Figura 2 - Interpretação de *Box Plot*

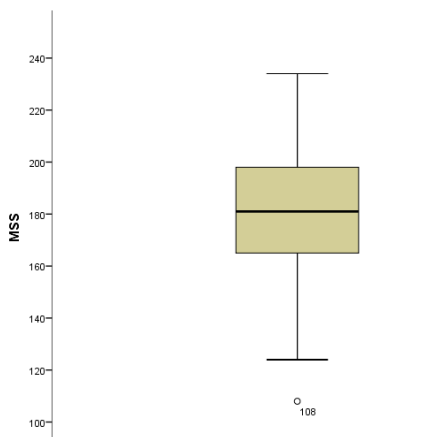


Fonte: elaborada pelo autor.

É necessário frisar que, dos 285 formulários entregues aos alunos para a F1, apenas 165 foram devolvidos para análise. Consideramos a não devolução do instrumento como opção do aluno à não-participação da pesquisa. Apresentamos a seguir os gráficos para posteriores comentários sobre tais achados.

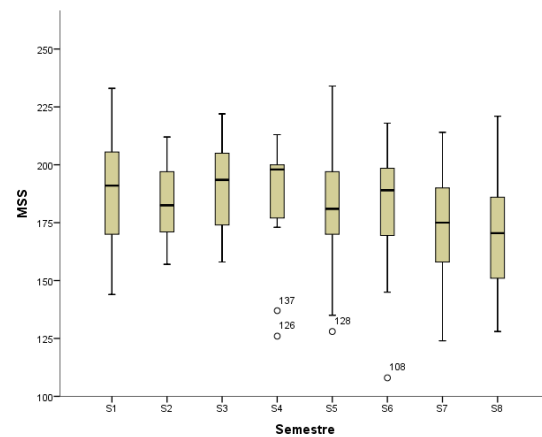
Temos, dentre os 165 alunos que entregaram o instrumento da F1, que a medida de satisfação do estudante de Medicina na instituição pesquisada atingiu uma média de 180 pontos (“satisfeito”), variando de uma pontuação absoluta mais baixa de 124 (“mais ou menos satisfeito”) à mais alta de 234 (“satisfeito”), com um *outlier* (valor discrepante) de 108 (Gráfico 1).

Gráfico 1 - *Box Plot*: MSS geral



Fonte: elaborada pelo autor.

Gráfico 2 - *Box Plot*: MSS por semestre



Fonte: elaborada pelo autor.

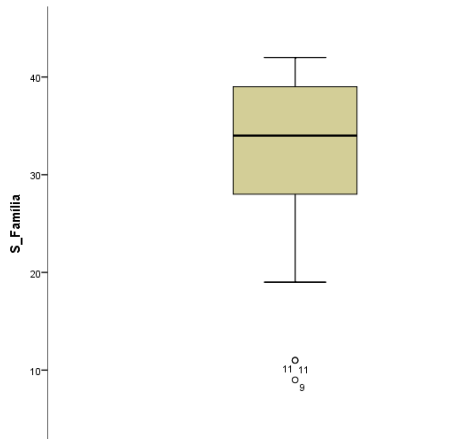
Na estratificação por semestre, como valores absolutos, tivemos 31 respondentes no primeiro semestre, 18 no segundo, 14 no terceiro semestre e 14 no quarto (totalizando 77 participantes do ciclo básico). Já no ciclo clínico, 17 discentes do quinto semestre responderam o instrumento, 15 do sexto, 30 do sétimo e 26 do oitavo, totalizando 88 participantes. Valores discrepantes (*outliers*), foram identificados no quarto (126 e 137), quinto (128) e sexto (108) semestres (gráfico 2). Exatamente nesses semestres citados, constatou-se presença de ideações suicidas identificadas pela entrevista estruturada (F2), enquanto tentativas de suicídio foram relatadas no segundo (uma), quarto (duas), sétimo e oitavo semestres (uma em cada). Ressaltamos que duas destas tentativas foram evitadas do desfecho fatal pelos próprios colegas de turma. Porém, em uma visão geral, observa-se que todos os semestres exceto o oitavo

apresentam mediana acima de 175 pontos. A maior discrepância entre o valor mínimo e o máximo foi observada no quinto semestre, enquanto a menor variação no quarto semestre, ou seja, este apresentou-se mais homogêneo, enquanto o anteriormente citado, com maior dispersão de opiniões.

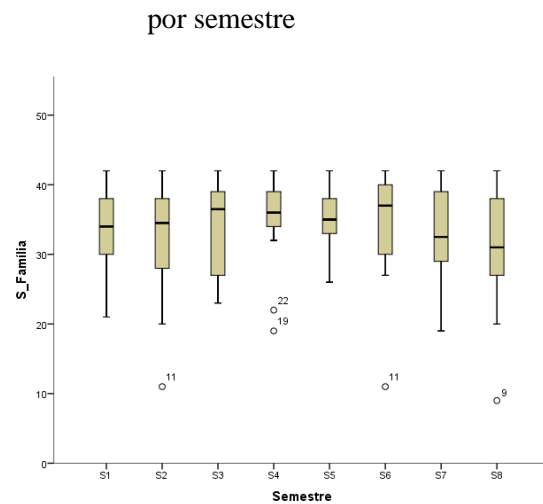
Considerando que é no quarto semestre que se dá início ao estudo da propedêutica médica/semiologia, ocorrendo os primeiros contatos diretos com o paciente, este se aproxima das vivências do ciclo clínico, no qual os estudantes se deparam de forma mais perceptível com o contato com o paciente, que pode aqui ser experimentada em dualidade: ao mesmo tempo que ao vincular a teoria com a prática faz nascer uma maior satisfação, pode também gerar uma experiência negativa e frustrante ao trazer à tona questões inerentes ao curso como adoecimento e morte, nos semestres que seguem a partir de então (quinto ao oitavo). Isso, aliado ao despreparo sentido pelos estudantes, traz afetos mais intensos e maior possibilidade de sofrimento psíquico (QUINTANA, 2008). Tal percepção dialoga também com a constatação de configurar-se como um estressor específico da profissão e tendência para agregação de indivíduos com transtornos psiquiátricos à categoria profissional médica (BOTEGA, 2015).

Observou-se uma menor satisfação com o curso no sétimo semestre, seguidos do oitavo e do quinto (todos no ciclo clínico). Essa estruturação do curso de Medicina em básico, clínico e internato existe desde a criação da primeira faculdade brasileira, há mais de 180 anos (MILLAN, 1999). Esse tipo de organização pode trazer uma dissociação percebida pelo discente como uma fonte de angústia. Nos primeiros semestres do curso, o mais próximo que o aluno chega do indivíduo é através das aulas de Anatomia. Somente após o terceiro ano do curso é que os acadêmicos entrarão em contato com um ser que fala, sente, e vincula-se mutuamente. Ao mesmo tempo em que o acadêmico se depara com o poder de sua intervenção trazendo benefícios ao paciente, vivencia também a ambivalência de poder provocar algum mal, inclusive aqui a morte – quando não, o sentimento de utilizar um semelhante como objeto de aprendizado (BOTEGA 2015; FIEDLER, 2008; QUINTANA, 2008).

Passaremos agora a comentários sobre cada categoria dimensional avaliada pelo instrumento. As dimensões possuem pontuação máxima e mínima diferentes, de acordo com a quantidade de questões, sendo as seguintes: *Família*: mínimo 7 pontos, máximo 42 pontos; *Amigos*: mínimo 9, máximo 54; *Faculdade/curso*: mínimo 8, máximo 48; *Ambiente de convívio*: mínimo 9, máximo 54; *Consigno mesmo*: mínimo 7, máximo 42.

Gráfico 3 - *Box Plot*: Dimensão *Família*

Fonte: elaborada pelo autor.

Gráfico 4 - *Box Plot*: Dimensão *Família*

Fonte: elaborada pelo autor.

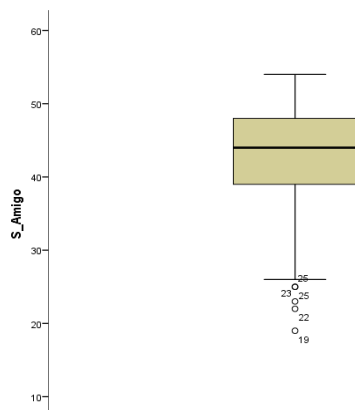
Em relação à dimensão *família*, obtivemos uma média de 33,1 com desvio padrão de 6,7. O valor mínimo no MSS família, sem estratificação por semestre, foi de 19 e máximo de 42, com *outliers* de 9 e 11 pontos. Passando-se à estratificação por semestre, temos como maiores medianas as obtidas no S3 e no S6 – porém tivemos apenas 14 respondentes do terceiro semestre e 15 do sexto. Levando em consideração o ciclo básico, se examinarmos o semestre com maior participação (primeiro semestre com 31 respondentes), temos uma medida de satisfação com a família não muito divergente do segundo semestre, com valor mínimo em 21 pontos e máximo em 42 pontos.

Em relação aos semestres do ciclo clínico, encontramos tendências semelhantes nos semestres sete e oito (valores mínimos 19 e 20 respectivamente – *outlier* de 8 no oitavo semestre; e máximos de 42 pontos), com divergências nos semestres cinco e seis, cujos valores mínimos foram de 26 e 27 respectivamente (*outlier* de 11 no S6) respectivamente, e máximo também de 42.

No geral, concluímos que há uma boa satisfação com a vida na dimensão família tanto no ciclo básico como no clínico, com a presença de 5 *outliers* inferiores, considerando todos os semestres. Porém, é perceptível que os dois últimos semestres do ciclo clínico trazem uma tendência a medianas mais baixas, com a ressalva que esses semestres apresentam ao mesmo tempo menor homogeneidade nas avaliações de satisfação (maior dispersão de valores).

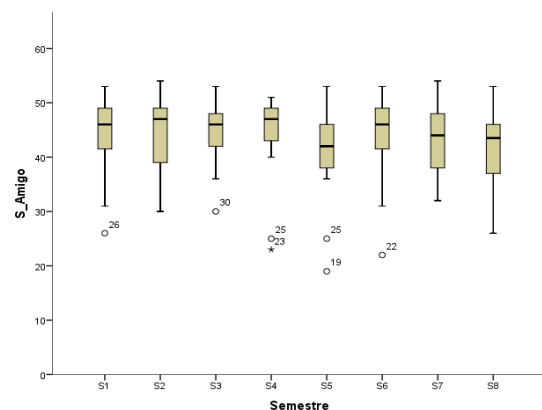
Essa alta dispersão de valores no sétimo e oitavo semestres coaduna com os achados na F2 da pesquisa, durante a qual identificamos que as turmas que compõem os referidos semestres são formada em sua maior parte por pessoas de estados longínquos quando comparado às demais turmas; ressaltado o fato que o instrumento não avalia o fator “distância” da família, mas sim a satisfação com a família em si, em termos de relacionamento familiar. Salta aos olhos também a presença da pontuação máxima (42) nesta dimensão, em boa parte dos respondentes.

Gráfico 5 - *Box Plot*: Dimensão *Amigos*



Fonte: elaborada pelo autor.

Gráfico 6 - *Box plot*: Dimensão *Amigos*
por semestre

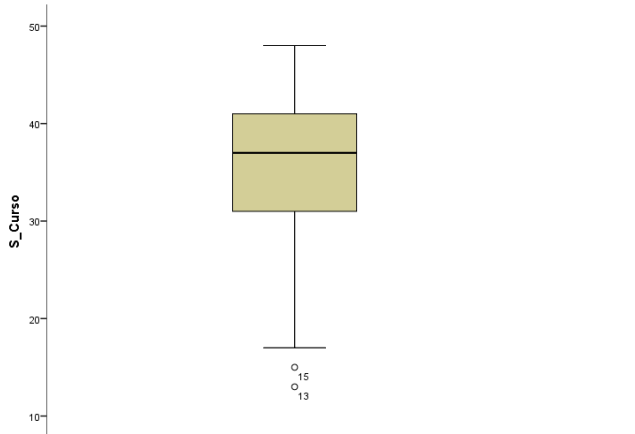


Fonte: elaborada pelo autor.

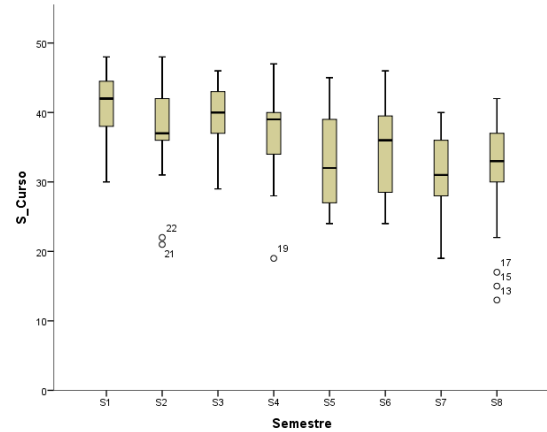
Quando passamos à análise da dimensão *Amigos*, obtivemos uma média de 43,2 e desvio padrão de 7,3, com uma avaliação mínima de 26 e máxima de 54, sem estratificar por semestre, com 4 *outliers* gerais. Ao passar aos dados por semestre, observamos o único *outlier* extremo (“*”), que ocorreu no S4. Nessa estratificação, percebe-se 7 *outliers*, um no primeiro semestre, outro no terceiro, dois no quarto e quinto, e mais um no sexto. Em geral ainda podemos inferir que há um grau razoável de satisfação em relação a amizades no curso, principalmente no ciclo básico. No ciclo clínico, observando o gráfico 6, essa satisfação diminui ligeiramente, talvez pela competitividade que se acirra nessa fase do curso de contato com paciente e ensaios de prática clínica. Tal achado foi corroborado na F2 na subcategoria *Dificuldades enfrentadas no curso*.

Vale ressaltar que o *outlier* extremo pode ser devido a características individuais de dificuldade de relacionamento ou caracteres de personalidade próprios do indivíduo, que dificultam o grau de satisfação nas relações sociais de amizade.

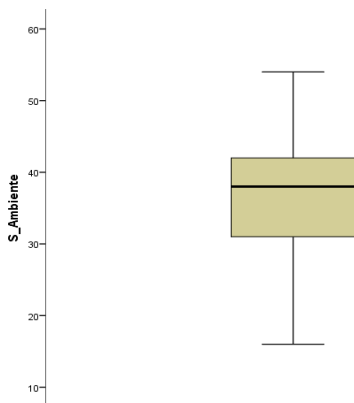
Gráfico 7 - Box Plot Dimensão Faculdade/Curso



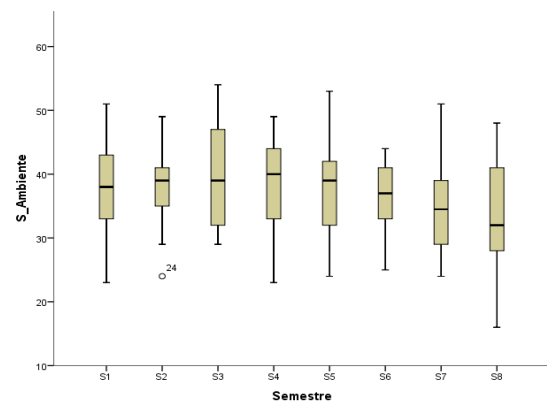
Fonte: elaborada pelo autor.

Gráfico 8 - Box Plot Dimensão Faculdade/
Curso por semestre

Fonte: elaborada pelo autor.

Gráfico 9 - Box Plot: Dimensão Ambiente
de convívio

Fonte: elaborada pelo autor.

Gráfico 10 - Box Plot: Dimensão Ambiente
de convívio por semestre

Fonte: elaborada pelo autor.

Em relação às dimensões “faculdade/curso” e “ambiente de convívio”, observamos de longe as piores pontuações identificadas pelo instrumento. Com uma média de 35,5 e desvio padrão de 7, a dimensão faculdade apresentou uma pontuação mínima de 24 com 2 *outliers* gerais e 6 *outliers* na estratificação por semestre.

É visualmente perceptível a queda na satisfação com a faculdade quando comparamos o ciclo básico com o clínico. Se criarmos uma linha imaginária perpassando as medianas, esta será decrescente. Percebemos os *outliers* em sua maioria no oitavo semestre e

um no quarto (que apesar de fazer parte do ciclo básico, já contém em suas atividades os primeiros contatos com o ser humano “vivo”, e não apenas com o cadáver).

Nesse contexto, Quintana *et al* (2008) esclarecem que é somente a partir das atividades clínicas que o acadêmico entra em contato com um ser humano ativo, que questiona e reflete sobre os atos do aluno. Além disso, se sobressai o impacto que a necessidade de aprender com o paciente, o ser humano, exerce sobre o acadêmico. Esses aspectos seriam fontes de angústia, perante a qual o acadêmico coloca em xeque noções de pudor e recato e vivencia a dicotomia entre objetificar ou não o ser humano necessário para seu aprendizado.

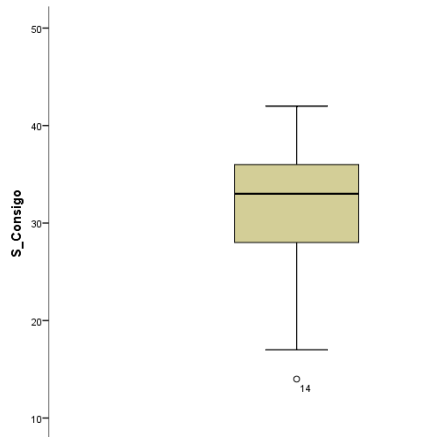
Dialoga também com os achados da F2 o fato de haver, no ciclo clínico, uma maior frustração pelos discentes quando não encontram em seus professores, que neste ciclo são na quase totalidade profissionais médicos, modelos de humanização ou mesmo de saúde mental e física, tendo suas fantasias de onipotência e heroísmo médico frustradas pela percepção do real profissional com suas falhas e inaptidões.

Já a análise da dimensão “Ambiente de convívio” revela uma insatisfação que inferimos ser resultado da anulação da vida do aluno em um ambiente fora dos muros da academia. Os questionamentos pretendem aferir o grau de satisfação com o ambiente fora da faculdade (casa, rua e bairro onde residem os acadêmicos). O dado está reforçado pela categoria *Aspectos da vida do estudante de Medicina* da F2, subcategoria *Vida restringida à faculdade*: “[...] a gente vive pra medicina, vive para estudar. A nossa vida social, praticamente, ausente”. (Ciclo básico, discente T27).

Obtivemos uma média de 36,7 com desvio padrão de 7,5; avaliação mínima geral de 16 e máxima de 54, com um *outlier* identificado quando estratificamos por semestre (gráfico 10).

Nesse aspecto, Fiedler (2008) encontrou que muitos discentes médicos concordaram que não aproveitam a vida como deveriam e ressalta a diminuição da socialização como dificuldade de adaptação vivenciada pelos acadêmicos do curso.

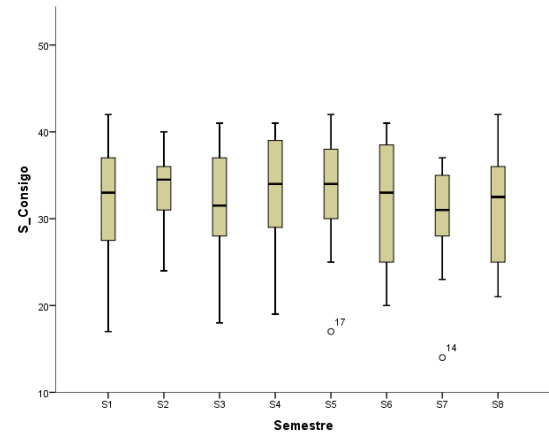
Percebemos, no geral, uma tendência à reclusão dos alunos às atividades do curso e a convivência entre os próprios, criando-se uma espécie de *gueto* médico no qual é difícil interagir socialmente ou permitir o desenlaço de outras relações extra faculdade. Conforme cita um discente na F2, “[...] é só, tipo a faculdade, [...] por exemplo, vamos sair, vamos sair com os amigos [...] a conversa sempre vai para a faculdade, entendeu? A gente não tem outro papo, isso me deixa muito mal [...]” (Ciclo básico, discente T26).

Gráfico 11 - *Box Plot: Dimensão Consigo mesmo*

Fonte: elaborada pelo autor.

Gráfico 12 - *Box Plot: Dimensão*

Consigo mesmo por semestre



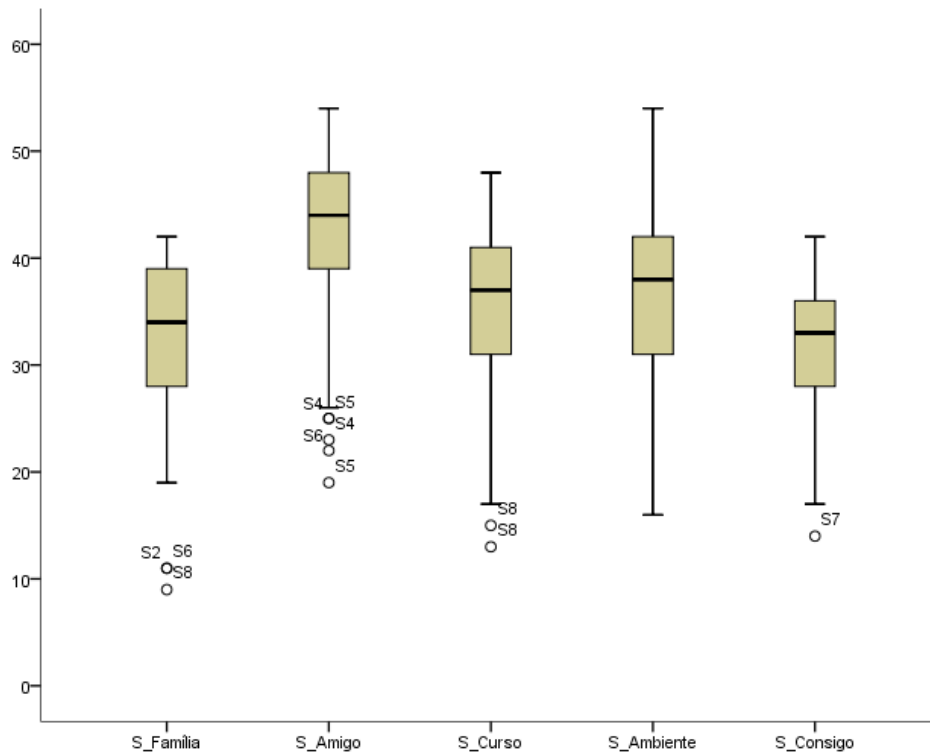
Fonte: elaborada pelo autor.

Em relação à dimensão “Consigo mesmo”, temos uma avaliação da autoestima e satisfação pessoal através de questionamentos como sentir-se capaz, agradável de se conviver, percepção de ter boa aparência e de ser merecedor do afeto de outrem.

A média geral foi de 31,9 com desvio padrão de 6.1. Identificamos apenas dois *outliers* na estratificação por semestre (S5 e S7, gráfico 12). A avaliação mínima geral foi de 17 e máxima de 42. Em geral, podemos concluir que o domínio “consigo mesmo” foi avaliado como relativamente baixo, entrando na categoria “mais ou menos satisfeito”.

Os achados dialogam com as afirmações de Aquino (2018), ao afirmar que o médico costuma negligenciar seus próprios sofrimentos e dissabores, vivenciando o processo de adoecer em si mesmo de maneira diferenciada. Concordamos com tal observação e acrescentamos que percebemos uma tendência nos discentes de não verbalizar sobre suas angústias, pois ao médico cabe o papel de ser o herói que não adoce e que enfrenta a morte. Diante disto, surge um evidente risco de atos drásticos quando estes acadêmicos se deparam com suas próprias limitações, entre eles o suicídio ou comportamentos relacionados.

Vale ressaltar que na fase 2 (entrevistas estruturadas), presenciamos vários relatos de sofrimento mental e até revelações de diagnósticos firmados de transtornos como depressão maior, ansiedade generalizada, obsessivo-compulsivo, dentre outros.

Gráfico 13 - *Box Plot*: Categorias combinadas, rotuladas por semestre

Fonte: elaborada pelo autor.

O gráfico 13 traz um panorama geral comparativo entre as dimensões, rotuladas por semestre. Observando o instrumento de análise, fica claro as menores avaliações de satisfação nos domínios “faculdade” e “ambiente”, e a maior avaliação no domínio “amigos”. Porém é curioso observarmos a maior frequência de *outliers* para esta dimensão (dois do quarto semestre, dois do quinto e um do sexto), seguido da dimensão “família” com três *outliers* e da dimensão “faculdade” com dois.

Evidenciamos, ao final das análises, que o quarto semestre se revelou o menos disperso em relação às pontuações de avaliação da satisfação com a vida, o que se repetiu em todos os domínios. Também chama à atenção a ausência de *outliers* positivos em todas as avaliações, ou seja, todos os *outliers* estiveram abaixo da linha mínima.

Para avaliarmos se haveria ou não diferenças estatisticamente significativas de cada domínio (atributo) entre os semestres, procedemos com aplicação de testes de normalidade para cada um dos domínios, e não foi constatado padrão de distribuição normal (Curva de Gauss). Ou seja, ao utilizarmos o teste de Kolmogorov-Smirnov, a hipótese nula para normalidade foi

rejeitada para cada atributo, sendo necessário utilizar o método não paramétrico de Kruskal-Wallis para comparação entre as médias.

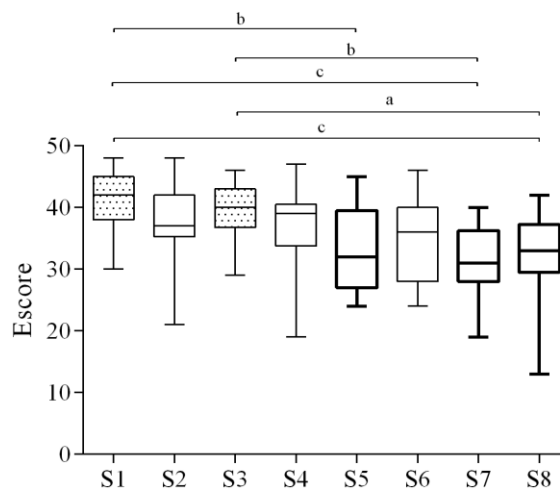
Tabela 6: Média e Mediana por atributo por semestre.

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	P*
Família	33,1 34,0	31,7 34,5	34,4 36,5	34,6 36,0	34,8 35,0	34,2 37,0	33,0 32,5	30,8 31,0	>0.05
Amigos	44,5 46,0	44,0 47,0	44,7 46,0	43,3 47,0	41,3 42,0	44,0 46,0	43,4 44,0	41,0 43,5	>0.05
Faculdade/curso	41,0 ^{bc} 42,0	36,5 37,0	39,4 ^{ab} 40,0	36,9 39,0	33,3 ^b 32,0	34,6 36,0	31,8 ^{bc} 31,0	31,7 ^{ac} 33,0	<0.001
Ambiente	37,4 38,0	37,8 39,0	40,0 39,0	38,0 40,0	38,2 39,0	36,2 37,0	35,2 34,5	33,6 32,0	>0.05
Consigno	31,7 33,0	33,6 34,5	31,9 31,5	32,7 34,0	32,9 34,0	31,7 33,0	30,3 31,0	31,6 32,5	>0.05

Valores de significância para o teste de Kruskal-Wallis com comparações múltiplas de Dunn - **a**: $p < 0.05$, **b**: $p < 0.01$ e **c**: $p < 0.001$.

Para o teste de Kruskal-Wallis aceitou-se a hipótese nula (H_0 : não existe diferença significativa entre os semestres para o atributo considerado) para os atributos “família”, “amigos”, “ambiente” e “consigo”. A hipótese nula foi rejeitada (H_a : existe sim diferença significativa entre os semestres para o atributo considerado) somente para o domínio “faculdade/curso”, conforme observado na tabela acima, validando nossa percepção de declínio com a satisfação na progressão crescente do primeiro ao oitavo semestre.

Gráfico 14 - Semestres com diferenças estatisticamente significantes no domínio *Faculdade*



Fonte: elaborada pelo autor.

Em seguida utilizou-se o teste de Dunn para identificar quais semestres mostraram-se estatisticamente diferentes entre si, originando o gráfico 14, que mostra diferença estatisticamente muito significativa no domínio “faculdade/curso” entre o oitavo e o primeiro semestres, e entre o sétimo e primeiro semestres (c: $p < 0.001$), seguido de diferença significativa também considerável, porém pouco menor, entre o sétimo e terceiro e entre o quinto e o primeiro (b: $p < 0.01$) e, por fim, mas não menos importante, houve diferença significativa (a: $p < 0.05$) ao compararmos o S8 com o S3.

Concluimos com esta análise que há uma menor satisfação com a vida dos acadêmicos no que diz respeito à faculdade/curso comprovadamente, e para os outros domínios, podemos inferir que as diferenças encontradas, apesar de parecerem aleatórias, podem se mostrar estatisticamente conclusivas caso aumentemos a amostra.

5.3 Estudo sobre Suicídio – Questionário Estruturado

Foram selecionadas 16 entrevistas das 48 realizadas, sendo 2 de cada turma (ciclo básico composto pelas turmas T26, T27, T28 e T29; ciclo clínico composto por T22, T23, T24 e T25).

No que concerne à primeira pergunta da entrevista, *O que você acha da sua faculdade?* Foram apresentadas as opções *Boa; Ruim; Cansativa; Estressante*, com a possibilidade de optarem por mais de uma alternativa. Criamos, então, a categoria *Sentimentos sobre a faculdade*, cujos resultados mostram a grande maioria expressando uma dicotomia entre “boa” e ao mesmo tempo “estressante e/ou cansativa”.

5.3.1 Sentimentos sobre a faculdade

Sentimento	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Total
Boa, cansativa e estressante	4	3	7
Boa e estressante	1	2	3
Boa e cansativa	3	2	5
Ruim, cansativa e estressante	0	1	1

Fonte: elaborada pelo autor.

Apenas um estudante referiu-se à faculdade como “ruim, cansativa e estressante”. Em suma, a adjetivação “estressante” esteve presente na fala de onze estudantes, enquanto “cansativa” na fala de seis entrevistados.

O termo “estresse” foi utilizado na área da saúde, pela primeira vez, pelo médico austro-húngaro Hans Selye (LIPPI, 2016), que definiu o fenômeno como reações de um organismo submetido a situações que exigem esforço para adaptação.

Para Aquino (2018), o estresse seria um processo (e não uma reação única) que ocorre quando um organismo reage fisicamente ou psicologicamente a alterações suscitadas por uma situação confrontada por um indivíduo, seja essa situação negativa ou positiva. No processo de observação dos estímulos estressores haveria atividade mental em parte racional, em parte emocional, mas nem sempre necessariamente consciente.

O estresse pode afetar qualquer pessoa, porém é observado com maior intensidade nas atividades que envolvem inter-relação. Assim, vários autores apontam o curso médico como um agente estressor, seja pelo tempo excessivamente prolongado do curso, pelo volume de informações e matérias a serem estudadas, competitividade ou mesmo a aspectos relacionados ao fazer médico (como lidar com morte e doenças). Esses fatores também geram maior cansaço físico e mental, como apontado pelos entrevistados. Aprender a lidar com o estresse, enfim, é a melhor escolha para o futuro médico, já que a fonte existiu por toda a vida e provavelmente persistirá.

Quanto às dificuldades enfrentadas no curso de graduação médica, foi quase unânime a afirmação de que há um excesso de conteúdo em tempo muito curto para tal, o que sinaliza o estresse acadêmico vivenciado pelos entrevistados, além da ausência da família (segundo lugar em citação por parte dos alunos), seguido de outros fatores conforme mostra a tabela a seguir, cujas subcategorias surgiram a partir das opções no qual os respondentes puderam escolher uma ou mais: *excessiva carga de conteúdo em tempo mínimo; professores mal preparados; relacionamento com professores; relacionamento com colegas estudantes; ausência da família; aspectos inerentes do curso, como lidar com a morte/doença; outros.*

5.3.2 Dificuldades enfrentadas no curso

Dificuldades	Ciclo Básico	Ciclo Clínico
Excessiva carga de conteúdo em tempo mínimo; Ausência da família; Professores mal preparados; Dificuldade em conciliar a faculdade com a sua real vida.	1	0
Excessiva carga de conteúdo em tempo mínimo; Ausência da família.	5	1
Excessiva carga de conteúdo em tempo mínimo; Professores mal preparados; Relacionamento com colegas estudantes.	1	0
Excessiva carga de conteúdo em tempo mínimo.	1	0
Excessiva carga de conteúdo em tempo mínimo; Ausência da família; Aspectos inerentes ao curso.	0	1
Excessiva carga de conteúdo em tempo mínimo; Relacionamento com professores; Aspectos inerentes ao curso.	0	1
Professores mal preparados; Aspectos inerentes ao curso.	0	1
Excessiva carga de conteúdo em tempo mínimo; Relacionamento com colegas estudantes; Ausência da família.	0	1
Excessiva carga de conteúdo em tempo mínimo; Professores mal preparados; Relacionamento com professores; Relacionamento com colegas estudantes; Ausência da família.	0	1
Excessiva carga de conteúdo em tempo mínimo; Relacionamento com colegas estudantes	0	1
Relacionamento com professores; Aspectos inerentes ao curso	1	0

Fonte: elaborada pelo autor.

Excessiva carga de conteúdo em tempo mínimo foi mencionada na fala de todos os participantes do ciclo básico e apenas dois alunos do ciclo clínico não citaram tal categoria. Ausência de família foi mais citado no ciclo básico: seis alunos do ciclo básico e quatro do ciclo clínico. Muitos estudantes na faculdade são de outros estados, apesar de que alguns entrevistados residem com a família. Com a nova forma de ingresso no ensino superior brasileiro através do Exame Nacional do Ensino Médio – ENEM, tornou-se mais frequente a presença de acadêmicos cujas famílias não são naturais da cidade no qual realizam a graduação, fato que torna o distanciamento familiar presente ao longo de todo o curso.

Nesse contexto, segundo Dutra (2012), em seu trabalho intitulado “Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade”, um dos fatores de risco para autoextermínio identificados nos estudos brasileiros e internacionais seria a transição de vida, ou seja, “deixar a casa dos pais para frequentar a universidade”. A autora afirma que

“deixar a família e entrar num ambiente não familiar com altos padrões acadêmicos pode causar depressão ou altos níveis de angústia” (DUTRA, 2012, p. 929).

Além disso, os discentes passam a assumir responsabilidades que antes não experimentaram, e que vão além da formação acadêmica, como cuidar da casa, administrar pagamentos, providenciar alimentação... Aqui percebe-se uma dicotomia, como reflete Walsh (2016), ao considerar que os jovens, nessa fase da vida, iniciam sua transição para os papéis e responsabilidades adultas, necessitando do país para responder às mudanças nas suas necessidades cognitivas, emocionais, físicas e sociais. Os adolescentes que não têm relações de proximidade com seus pais estão em maior risco para problemas como abuso de substâncias e gravidez. Emerge aqui a necessidade de fronteiras diferentes daquelas dos pais com filhos menores, para que se mantenham laços de confiança e comunicação aberta de forma que os acadêmicos adolescentes possam recorrer a seus pais quando necessitarem de apoio e segurança.

Quando selecionada a opção “professores mal preparados”, era enfatizado que não se referiam a todos os docentes, mas alguns. Coles (1994), explicitando sobre os aspectos relacionados ao estresse na educação médica, ressalta o papel dos professores explicando que muitos docentes de medicina nunca receberam formação pedagógica, o que afeta as relações de ensinoaprendizagem que são construídas.

“Aspectos inerentes ao curso” e “Relacionamento com professores” são apontados por discentes do ciclo clínico, talvez por ser nessa fase que os estudantes de medicina iniciam o seu contato mais direto com o paciente, vivenciando momentos de sofrimento, doença e morte, como também o contato com a família de pacientes graves. Nesse sentido, Quintana *et al* (2008) explica que o alto grau de conflitos presentes no curso em função do convívio constante com a morte, a dor e o sofrimento faz com que a educação médica produza estresse em níveis que podem ser prejudiciais ao bem-estar físico e psicológico do estudante.

No que concerne aos professores, a diferenciação se dá pelo fato de que os docentes deste ciclo são médicos (em oposição aos do ciclo básico, em que muitos são de outras categorias profissionais), o que pode gerar no aluno um sentimento de frustração diante da postura profissional divergente daquela que o próprio acadêmico almejaria inspirar-se (o que também acreditamos ter influência na queixa de “professores mal preparados”: a fantasia do médico onipotente e herói é destruída no dia-a-dia universitário).

Em relação a subcategoria *Relacionamento com colegas estudantes*, foi mais presente na fala de entrevistados do ciclo clínico. Com a inserção cada vez maior do acadêmico

no fazer clínico, questionamos se a excessiva competitividade afetaria tais relações negativamente.

Vale ressaltar que apenas um discente citou outro obstáculo não elencado previamente, “dificuldade em conciliar a faculdade com a vida real”, o que sugere interseção com a subcategoria *Excessiva carga de conteúdo com tempo mínimo*.

As faculdades de medicina são ambientes hostis e de muita competição. Rezende *et al* (2008), coadunando com os pensamentos de Cataldo Neto (1998) e Millan (1991), destaca três fases psicológicas enfrentadas por estes acadêmicos: euforia inicial (no qual predomina a crença de onipotência); decepção (mudança de hábitos cotidianos e desempenho insatisfatório nas disciplinas) e a fase do internato, no qual prevalece a alta competitividade pela residência e uma nova adaptação. Salienta-se o fato de que nem sempre as referências de futuros profissionais recebidas pelos alunos dos médicos professores representam bons modelos de saúde física e mental. Assim, o estudante universitário, com suas fantasias, aspirações e inexperiência torna-se mais vulnerável às frustrações quando estas expectativas são quebradas (AQUINO, 2018).

Ao indagar *Para você, como é a vida do estudante de medicina*, criou-se a categoria *Aspectos da vida do estudante de Medicina*, e em seguida as subcategorias *Vida restringida à faculdade*, *Dualidade*, *Padrão social* e *Árdua*.

5.3.3 Aspectos da vida do estudante de Medicina

a) Vida restringida à faculdade

Não tem tempo de nada... (Ciclo básico, discente T26)

A gente vive pra medicina, vive para estudar. A nossa vida social, praticamente, ausente. (Ciclo básico, discente T27)

É corrida, tipo, você tem muita para fazer em pouco tempo. É como se a gente engolisse um monte de livros, vomitasse aquilo tudo ali e a gente fica somente nisso. Não tem tempo de fazer outras coisas. (Ciclo clínico, discente T23)

Muito mecanizada [...] a gente fica muito focado naquilo. Cada um cria, meio que cada um cria sua bolha vivendo na correria. (Ciclo clínico, discente T24)

Horrível, em todos os sentidos [...] atrapalha na tua vida social, atrapalha na tua conjugal, familiar. Todos os ângulos traz prejuízo. (Ciclo clínico, discente T24)

É um tentar conciliar, assim, os outros interesses que você tem, e às vezes, até desligar eles um pouco, desligar não, é abafar eles um pouco, para poder assim reter aquelas informações tão importantes e em grande quantidade. (Ciclo clínico, discente T25)

A subcategoria *Vida restringida à faculdade* é constituída de seis discentes, que apontaram a substituição de suas vidas sociais e de praticamente todo seu tempo pelos estudos e dedicação ao curso.

Tais relatos vão ao encontro das afirmações de Fiedler (2008), que cita que o excesso de atividades e exigências impede que o estudante tenha tempo para outras atividades como relacionar-se com família e amigos, fazer exercícios físicos, cuidar da saúde ou de outros interesses. Tal fato perdura na vida desses indivíduos mesmo após o término da graduação, fazendo com que a profissão médica entre como categoria ocupacional de maior risco para suicídio (SADOCK; SADOCK, 2007).

b) Dualidade

É uma vida... é... gratificante de certa forma, principalmente, quando você começa a interagir com os pacientes e ver que você pode fazer uma certa diferença na vida deles. Mas, ao mesmo tempo, é muito estressante por causa da carga horária do estudo. (Ciclo clínico, discente T23)

[...] vida bem cansativa, muito corrida, também, muito conteúdo e pouco tempo; mas em contratempo, a meu ver é gratificante porque gosto do que estudo. (Ciclo clínico, discente T22)

Assim... é muito boa, gratificante em alguns pontos. É, mas também... realmente muito puxada, e muitas vezes, foge muito do nosso controle e isso é muito frustrante, às vezes. (Ciclo básico, discente T29)

[...] é prazeroso [...] o curso de medicina é cansativo! Todos os cursos é cansativo. Mas a carga horária é maior. É prazeroso está estudando o que gosta. (Ciclo básico, discente T29)

Assim, tipo, eu considero medicina não só uma profissão, mas literalmente mesmo, é uma forma de viver, porque a gente tá aqui o tempo inteiro. Então, eu acho que é algo muito bom, só que também é muito exaustivo. (Ciclo clínico, discente T25)

Um caráter ambivalente esteve presente na reposta de cinco discentes, originado a subcategoria *Dualidade*, no qual apesar de reconhecerem o sentimento de satisfação e gratificação por estarem em um curso tão almejado, são arremetidos pela percepção de excessiva demanda, por conta da carga horária e excessivo conteúdo. Percebe-se aqui a fusão de sentimentos em que, ao mesmo tempo que os discentes se exaltam com a possibilidade de uma carreira médica, eles se deparam com o fato de que terão que incorporar todo o

conhecimento teórico e prático, além de desenvolver habilidades e atitudes, em um período de apenas seis anos, para depois utilizarem todas essas dimensões na lida com o sofrimento humano.

c) Padrão social

É só isso, é o título de estudante de medicina. Perdi minha identidade... agora eu sou: a minha filha faz medicina, doutora, doutora, doutora. (Ciclo básico, discente T26)

A pressão que as pessoas da sociedade colocam em cima do estudante é maior do que realmente é. Acho que isso influencia um pouco para ficar com alta pressão... aumenta o peso da carga. Pressões externas acabam sendo maior do que as próprias pressões internas. (Ciclo básico, discente T28)

A vida do estudante de medicina é basicamente ter muita expectativa em cima de você [...] isso, às vezes, pode causar uma pressão em cima de você, para você se cobrar muito. (Ciclo básico, discente T28)

d) Árdua

[...] muito difícil, muito pesado, e a gente precisa se acostumar. (Ciclo básico, discente T27)

Extremamente estressante. (Ciclo clínico, discente T22)

Três discentes caracterizaram uma suposta perda de identidade e pressão social, originando a subcategoria *Padrão social*. Nesse sentido, Quintana *et al.* (2008, p. 8) afirmam que “[...] são os futuros formandos de uma profissão idealizada pela população, tanto em relação ao êxito econômico que se acredita que ela venha a possibilitar, como por um certo *glamour* que a rodeia.” Existe uma imagem associada ao médico de herói que enfrenta a morte, o que potencialmente gera angústia diante da lide muitas vezes impossível.

Dois discentes ressaltaram a dificuldade de lidar com a rotina pesada da faculdade, fazendo emergir a subcategoria *Árdua*. Aquino (2018) cita que o estudante de medicina enfrenta uma carga horária excessiva e intensa competição entre os colegas, além do contato com doenças, morte e questões relacionadas a sofrimento inclusive na dimensão socioeconômica das populações mais carentes, o que harmoniza com o relato dos discentes.

Com base no questionamento *Lidar ou trabalhar constantemente com a morte causa algum tipo de influência em sua vida? Qual?* Criou-se a categoria ***Influência da morte na vida pessoal***. Desde a falta de contato com a morte até uma alegada influência positiva sobre

o viver, temos as subcategorias: *Sem contato acadêmico com a morte; Ajuda no crescimento pessoal ou profissional; Gera reflexão; Naturalidade da morte e Afeta bastante.*

5.3.4 Influência da morte na vida pessoal

a) *Sem contato acadêmico com a morte*

Acho que hoje em dia não tem como eu falar porque eu ainda não vi acontecer. (Ciclo básico, discente T28)

[...] Até agora a gente não tá vendo. (Ciclo básico, discente T29)

Atualmente não. Ainda não tenho esse tipo de sentimento. (Ciclo básico, discente T29)

Não. (Ciclo clínico, discente T24)

Até agora não. (Ciclo básico, discente T26)

[...] Vai ser muito difícil pra mim quando for a hora de dar notícias ruins, porque eu sou uma pessoa que eu não vou saber como lidar muito bem em dar notícias ruins. Porque isso me abala muito. (Ciclo básico, discente T27)

A subcategoria *Sem contato acadêmico com a morte* se construiu a partir das repostas de cinco discentes do ciclo básico e apenas um do ciclo clínico, sendo compatível com a organização e estrutura do ensino médico compartimentalizado. Evidencia-se aqui, em concordância com a afirmação de Quintana *et al.* (2008), que nos primeiros anos da faculdade de medicina o contato mais próximo que o estudante tem com o corpo humano se dá durante as aulas de Anatomia. Isso tem influências na futura relação estudante-paciente, perante a desumanização que se instala ao transformar o cadáver humano em um objeto de estudo. “Ainda assim, a lembrança de que esse corpo já foi uma pessoa permanece, gerando no estudante mal-estar e angústia.” (QUINTANA *et al.*, 2008, p. 09).

b) *Ajuda no crescimento pessoal ou profissional*

Eu fico mais forte, eu consigo ficar mais empática, vejo... olhar o mundo de outra forma, mas não de uma forma ruim. (Ciclo clínico, discente T23).

Eu saio triste de algumas situações. É triste pra mim, mas ao mesmo tempo é engrandecedor. Acho que eu cresço com isso. (Ciclo clínico, discente T25)

[...] Se me apegar muito com o paciente... o paciente piorar e eu me sentir mal. Mas, por outro lado, eu sinto que eu estou aprendendo a lidar melhor com essas situações, tem um crescimento. (Ciclo clínico, discente T22)

Com relação à subcategoria *Ajuda no crescimento pessoal ou profissional*, esta foi criada a partir da resposta de três discentes do ciclo clínico apenas. Não esperaríamos algo divergente, uma vez que é neste ciclo que se deparam especificamente com o paciente-indivíduo em suas dores, aflições, sofrimento e morte. O que aqui se faz presente é que o objeto de estudo se configura em seu semelhante, trazendo duas prováveis consequências: identificação do discente com as patologias que ele observa ou a percepção que sua aprendizagem prática exige o “uso” do ser humano (QUINTANA *et al.*, 2008).

c) *Gera reflexão*

É... em enfermarias quando a gente acompanha pacientes graves internados, eu saio muito triste da enfermaria, mas ao mesmo tempo fico muito reflexivo. (Ciclo clínico, discente T23)

Reflexivo. Não diria bem, negativo, mas reflexivo sim [...] se vale perder tanto tempo longe da família, do filho, dessas coisas. (Ciclo clínico, discente T24)

d) *Naturalidade da morte*

[...] é muito triste, eu tentar de tudo e não ir para a frente, mas eu tento pelo menos pensar na ordem natural das coisas, que todo mundo uma hora vai morrer. (Ciclo básico, discente T26)

Eu acho que influencia sim [...] eu vejo a morte e a doença de uma coisa diferente do que as pessoas comuns não convivem com isso veem, menos dramática eu acho... (Ciclo básico, discente T28)

Foi também com falas de discentes do ciclo clínico que criamos a categoria ***Gera reflexão***, diante de declarações que sugerem reflexões suscitadas a partir do contato com situações de grave adoecimento com possibilidades de perda iminente, o que causaria no discente uma autorreflexão sobre suas próprias escolhas de vida relacionadas à faculdade.

Em contraponto, uma visão naturalizada do processo adoecimento e morte fica destacada pelas falas de dois discentes do ciclo básico, dando origem à subcategoria *Naturalidade da morte*. Como salienta Aquino (2018), o médico possui um referencial diferente da população em geral, por ter ou pensar ter conhecimentos sobre fisiologia, patologia,

etiologia, terapêutica e prognóstico. Por isso passa a enfrentar o processo do adoecer em si mesmo de maneira diferenciada.

e) Afeta bastante

Digamos que eu vou ter perdas seguidas de pacientes, por algum motivo, eu acho que isso ia mexer muito comigo, mas pelo menos eu vou saber que eu tentei. (Ciclo clínico, discente T25)

Claro que afeta. É um peso constante, que acredito que todos os estudantes tenham também... (Ciclo básico, discente T27)

Influenciou. Porque eu tive os primeiros contatos, um dos meus pacientes veio a falecer, porque querendo ou não, fica se questionando se poderia ter feito mais. Isso abala muito. (Ciclo clínico, discente T22)

A subcategoria *Afeta bastante* surgiu com as falas de dois discentes do ciclo clínico e um do ciclo básico. Nesse aspecto, Fiedler (2008, p. 23) menciona que “[...] superada a adaptação, a entrada no ciclo profissionalizante gera uma nova crise, caracterizada pelo contato com o paciente, a doença e a morte.”

A categoria *Influência da Medicina na vontade de viver* está constituída pelas subcategorias *Sem influência; Dualidade; Minha vida; Influência positiva; Influência negativa e Dúvida sobre a escolha do curso.*

5.3.5 Influência da Medicina na vontade de viver

a) Sem influência

Creio que não. Não. Minha vontade de viver, acho que não. (Ciclo básico, discente T29)

Acho que não influencia. (Ciclo básico, discente T28)

O estudante de medicina faz parte de um grupo vulnerável, susceptível aos estresses e consequentes reações de ajustamento provocadas pelo mergulho na vida acadêmica saturada de demandas. A reação positiva ou negativa às situações vivenciadas dependerá de mecanismos internos e pessoais para lidar com tais questões, que se somam às mudanças ambientais inerentes à própria formação acadêmica (REZENDE *et al.*, 2008).

A primeira subcategoria, *Sem influência*, foi formada pela resposta de dois discentes do ciclo básico. Zonta, Robles e Grossemann (2006, p.11), em sua pesquisa, encontraram nas falas de estudantes de medicina que “[...] ao refletirem sobre as estratégias utilizadas para promover sua qualidade de vida, alguns mencionaram ter características pessoais que os protegem do estresse [...]”, fazendo perceber aqui que discussões sobre estratégias individuais e coletivas para lidar com estresse e estimular *coping*² positivo são necessárias no curso de graduação médica.

b) *Dualidade*

[...] às vezes é um cansaço tão grande que eu sinto vontade apenas de parar de existir. Mas ao mesmo tempo é uma motivação muito grande, porque é uma profissão tão importante que dá vontade de você continuar se cuidando, pra poder estudar mais. (Ciclo clínico, discente T25)

É uma dualidade incrível: porque, nossa é uma delícia e realmente eu estou fazendo o que eu quero! [...] chega uma hora que não quero ir mais para a faculdade. Está gostando da faculdade? Tô. Ao mesmo tempo que eu amo aquele lugar, tem vezes que eu tenho vontade de tacar fogo, entendeu?! Que tudo acabe, para eu ficar pelo menos um mês parada. (Ciclo básico, discente T26)

Uma fala de um discente do ciclo clínico e um do ciclo básico deu origem à subcategoria *Dualidade*, no qual mais uma vez é trazido à tona a extrema duplicidade de sentimentos que assola o acadêmico de medicina, que por um lado vivencia o deslumbramento do curso tão almejado e, por outro, são assoberbados pela extrema carga de conteúdo em um tempo relativamente curto. Isto corrobora com os achados de Benevides-Pereira e Gonçalves (2009, p. 11), que complementam afirmando que

[...] muitos não compreendem por que necessitam estudar todo o conteúdo programático para que venham a ser médicos. [...] se deparam com professores que, inadvertidamente, os apavoram [...]. Assim, estes vão assimilando o discurso de que ser médico é abdicar da vida social e pessoal, o que implica essencialmente sacrifícios.

c) *Minha vida*

No sentido de... que é essa vida mesmo que eu deveria tá tendo, vale a pena, é assim. (Ciclo clínico, discente T22)

[...] Porque hoje em dia isso se tornou a minha vida, vivo em função disso. (Ciclo básico, discente T27)

² *Coping*: do inglês, “enfrentamento”.

[...] é o objetivo que eu tinha na minha vida, então eu preciso cumprir isso. (Ciclo básico, discente T27)

d) Influência positiva

Sim. Positivamente. (Ciclo clínico, discente T25)

Eu acho que influencia positivamente. Eu vejo que é uma das coisas que ainda me dar ânimo. (Ciclo clínico, discente T24)

Positivamente [...] eu penso em estudar, dar o meu máximo pra proporcionar uma qualidade de vida boa e o melhor para a população. (Ciclo básico, discente T29)

Sim. Eu acho que sim, de uma maneira positiva. E é muito interessante a gente ver como a vida é muito volátil, de certa forma... (Ciclo clínico, discente T23)

Eu acho que sim, minimamente. Que ele apresenta oportunidades que eu possa explorar quando eu estou em alguma fase baixa da minha vida. Aí eu posso vir aqui para fazer algo diferente para ajudar. (Ciclo básico, discente T28)

A subcategoria *Minha vida* emergiu a partir das falas de dois discentes do ciclo básico e um do clínico. Percebemos nesta subcategoria a fantasia sobre o “ser médico”. A percepção vai ao encontro dos achados de Fiedler (2008), que encontrou em sua pesquisa com acadêmicos de medicina que o curso representaria para eles, mesmo com todas as dificuldades, a realização da vocação e dos seus projetos de vida.

De forma similar, temos a subcategoria *Influência positiva*, no qual observamos ideias subjacentes de heroísmo em relação à profissão médica. Surgida a partir das respostas de cinco discentes, sendo dois do ciclo básico e três do ciclo clínico, emergiu nas falas uma noção de se fazer útil, de ajudar ao próximo e dirimir sofrimentos. Oliveira e Ismael (1995) consideram, nesse sentido, que a imagem mais associada ao médico, quase que um estereótipo, é a do herói conquistando a morte, o que supostamente traria alto grau de satisfação entre os estudantes de Medicina.

Também presenciamos nas falas da subcategoria citada anteriormente uma motivação e estímulo para os estudos. Nesse aspecto, Diefenthaler *et al.* (2006, p. 182) afirmam o seguinte: “O prazer do exercício profissional também depende da atualização e geração de conhecimentos por meio do estudo e pesquisa.” Pode-se chegar à compreensão de que neste amálgama de sacrifícios e esforços existe também recompensas e satisfações.

e) Influência negativa

Ah, por conta do curso, vontade de morrer eu já tive. (Ciclo clínico, discente T24)

[...] tem muita coisa pra estudar, muita coisa, fico preocupada, aí eu falo: - Eu queria morrer! (Ciclo básico, discente T26)

f) Dúvida sobre a escolha do curso

Vontade de viver não, pela faculdade não. Mas cheguei a questionar a minha vontade de estar no curso. (Ciclo clínico, discente T22)

[...] será que é isso que eu quero? Eu tenho me perguntado muito, será que é isso mesmo que eu quero? Será que eu estou preparada pra isso?... ou só por pressão da minha família, da sociedade. (Ciclo clínico, discente T23)

De forma discrepante, na subcategoria *Influência negativa*, formada pelas falas de um discente do básico e outro do clínico, observamos o extremo oposto ao teor das falas do tópico anterior, ao afirmarem que o conteúdo extenso traz questionamentos sobre a manutenção da própria vida. Nesse sentido, vemos que o que deveria ser mais um pilar na existência do indivíduo (seu curso de graduação), passa a ser naquele momento a única motivação para continuar vivendo; motivação esta que, se frustrada, traz de imediato a percepção de que não valeria mais à pena manter a existência. O risco iminente de suicídio aqui se faz presente, mesmo que de forma impulsiva, e é corroborado pelo pensamento de Meleiro (1998, p. 135), que discorre: “O médico por ser, na maioria das vezes, ativo, ambicioso, competitivo, compulsivo, entusiasta e individualista, é facilmente frustrado em suas necessidades de realização e reconhecimento [...]”, isto seria suficiente para fazer emergir sintomas e sofrimento psíquico que poderiam levar ao autoextermínio.

Nesse sentido, temos a reflexão de Bauman (2001), que ressalta a marca do imediatismo e fluidez na organização da contemporaneidade. Ou seja, o ser humano não pode parar, não pode adoecer, não pode deixar de produzir e mais que isso, precisa produzir com rapidez, muitas vezes deixando de respeitar o próprio corpo, indo para além do seu limite.

Duas respostas de discentes do ciclo clínico originaram a subcategoria *Dúvida sobre a escolha do curso*. Chamou à atenção a ponderação dos estudantes sobre se suas escolhas teriam sido genuínas ou mais motivadas por pressões sociais e familiares. Nesse aspecto, Lippi (2016, p. 12) profere que a população e os próprios profissionais de saúde “[...] têm uma série de fantasias e representações sociais sobre a profissão médica e suas especializações.” Ele vai

além e afirma ainda que “[...] a escolha da profissão e da especialização sofre diversas influências familiares, sociais e econômicas, além de interesses pessoais nem sempre saudáveis ou éticos.”

Meleiro (1998), citando trabalhos de Millan *et al.* (1991) e De Marco *et al.* (1992), cita que sentimentos de desvalia e impotência por medo de errar e possíveis reações de paralização diante de alguma falha na atuação clínica são responsáveis por ideias de abandono do curso, depressão e suicídio.

Diante do questionamento *Já sentiu vontade de morrer?* obtivemos a resposta “sim” por parte de 12 discentes, enquanto quatro deles responderam “não” (categoria *Vontade de morrer*). Ressaltamos que foi esclarecido aos participantes não se tratar especificamente de vontade de morrer durante a faculdade ou estimulada por esta, mas sim em qualquer momento de sua vida. Tal inquérito nos foi inspirado pela afirmação de Jung (1975), que proferiu “[...] somente se o médico souber lidar com ele mesmo e com seus próprios problemas ele será capaz de ensinar o paciente a fazer o mesmo.”

A partir das respostas afirmativas, questionamos a seguir de que maneiras foram imaginadas suas mortes, dando as opções *morte natural; acidentes; se matando; sendo morto; outros*.

5.3.6 *Vontade de morrer*

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Total
SIM	4	8	12
NÃO	4	0	4

Morte natural; Acidentes	00	01	01
Acidentes; sendo morto; se matando	00	01	01
Acidentes; se matando	00	01	01
Se matando	01	03	04
Acidentes	00	01	01
Morte indolor	00	01	01
Morte natural	01	00	01
Deixar de existir	02	00	02

Fonte: elaborada pelo autor

Estratificando as formas pelas quais o discente pensou sua morte, chama à atenção metade das respostas declarando a opção “se matando”. Entre categorias profissionais, segundo Sadock e Sadock (2007), médicos têm sido considerados os de mais alto risco para suicídio. Numa revisão de literatura disponível sobre suicídio entre médicos, cita Meleiro (1998), foi verificado que mundialmente a taxa de suicídios na população médica é maior do que na população geral.

Observamos nas entrevistas que os discentes destacam em geral estresses vivenciados desde épocas anteriores à faculdade, principalmente na fase imediatamente anterior ao ingresso na graduação (preparatório para ENEM ou “cursinhos”). É desde então que tem início uma rotina permeada por dedicação intensa aos estudos e consequente competição exacerbada. Dutra (2010b) discorre que os jovens recém-saídos do ensino médio passam a lidar com a iminência da morte, tão presente em sua formação na faculdade. Isso, aliado à natureza técnica dos cursos de medicina, pode gerar sofrimentos psíquicos intensos e danos à saúde mental de tais acadêmicos.

Além dos fatos citados, podemos inferir, por intermédio das falas, que muitos graduandos teriam despertado interesse no curso médico com o intuito de entender ou manejar seus próprios sofrimentos e embates pessoais, o que já traria por si um maior risco de declínio psicológico no transcorrer na graduação. Nesse sentido, Rosenman *et al* (1970) propuseram características de personalidade que estariam mais presentes em estudantes de medicina e médicos, entre elas traços obsessivos, tendência a procurar metas não bem definidas ou muito altas, impulsos para competir, desejo contínuo de ser reconhecido e de progredir, dentre outros. Em concordância, Botega (2015, p. 95) explica, ao falar sobre a maior taxa de suicídio em médicos comparada à da população geral, que “algumas explicações possíveis, e não exclusivas, para tais achados de pesquisa incluem [...] tendência para a agregação de mais indivíduos com transtornos psiquiátricos”.

Tais fatores são potencialmente insalubres no transcorrer da formação acadêmica, pois através da confiança exagerada no poderio do conhecimento biomédico, este jovem pode ser levado à angústia e à fragilidade emocional, ao perceber que nem sempre esse conjunto de instrumentos é infalível, ocorrendo, muitas vezes, “o sentimento de fracasso e impotência diante da morte, apesar de tanto conhecimento e tecnologia [...] Talvez sejam estas as razões que fazem da medicina a profissão que apresenta os maiores índices de suicídio” (DUTRA 2010a, p. 42).

De acordo com as respostas à indagação *Você acha que a faculdade pode favorecer pensamentos autodestrutivos em sua vida? De que maneira?* instituímos a categoria **Graduação médica e autodestruição**.

5.3.7 Graduação médica e autodestruição

a) Ambiente competitivo

O ambiente ali é muito competitivo, tem que se mostrar o melhor o tempo inteiro... essa competição desenfreada faz a gente ficar com autoestima bastante baixa. (Ciclo clínico, discente T23)

Aquela cobrança, competitividade que a gente tem desde o ensino básico até aqui, e essa cobrança mexe muito comigo, competição de colegas, e sempre buscando o melhor resultado, o resultado perfeito. (Ciclo básico, discente T28)

[...] é um ambiente competitivo, sabe? E eu acho que isso é muito ruim [...] tem que se engajar nisso e naquilo. Não por pressão dos professores, mas dos próprios alunos. Meio que você vai se sobrecarregando, sobrecarregando, e isso acaba que chega um momento que você não consegue dar conta de tudo. (Ciclo básico, discente T29)

Acho que por conta da competitividade... (Ciclo clínico, discente T25)

Diversas formas, mas a gente é muito cobrado aqui [...] tem uma competitividade muito grande entre os colegas e é algo extremante exaustivo. (Ciclo clínico, discente T25)

b) Cultura do desempenho

[...] você tem aquele baque de uma nota baixa e o professor não sabe falar com você de forma adequada e vai criticar ou você ou a turma toda. Então aquilo ali, acho que pode influenciar de forma negativa a pessoa a ter esse tipo de pensamento. (Ciclo básico, discente T27)

O estresse causado pela cultura da nota e não pela necessidade de aprender; e sim para superar a nota do coleguinha. (Ciclo básico, discente T29)

Momento de estresse, véspera de prova ou qualquer outro momento. É muito fácil você querer uma válvula de escape... E muito desgaste para você como estudante. (Ciclo clínico, discente T23)

Acredito que sim. Porque tem alguns casos de tentativa de suicídio. No semestre o estudante não pode reprovar, se reprovar muda de turma. É uma pressão constante e isso é estressante. (Ciclo básico, discente T27)

Cinco estudantes estão inseridos na subcategoria *Ambiente competitivo*. Dentre eles, três do ciclo clínico e dois do básico. Percebemos nas falas que a competição que se inicia

antes do ingresso na graduação (conforme citado anteriormente), se intensifica e traz prejuízos para a autoestima e satisfação pessoal do estudante. Rezende *et al.* (2008, p. 316) aponta que “[...] as faculdades de medicina são ambientes hostis [...]” e destaca os enfrentamentos psicológicos que os acadêmicos passam, da inicial euforia à decepção diante do baixo desempenho.

Na mesma linha de pensamento, surge a subcategoria *Cultura do desempenho*, formada por três discentes do ciclo básico e um do ciclo clínico, sugerindo que o choque da fase inicial do curso é maior e, com o passar dos anos, algo de resiliência é desenvolvido pelos acadêmicos. Fiedler (2008) encontrou resultados semelhantes e observa que “o desencontro entre a realidade experimentada e a idealizada aparece também no resultado das primeiras avaliações, em que as notas podem não corresponder às expectativas do estudante que costumava ser um dos melhores”. E continua ressaltando que a perda da condição de “estar no topo” provocaria desejo de abandonar o curso ou mesmo uma crise de identidade. Então, o medo de falhar e as frustrações diante da realização profissional podem trazer consequências drásticas à saúde do acadêmico e do profissional, pois podem surgir sentimentos de culpa e fracasso com aparente impotência.

c) *Ruína do “eu”*

Acho que a faculdade pode ser excessivamente [autodestrutiva], tanto por motivos internos e externos, tipo levar um estresse emocional, estresse físico, também, acaba que isso pode potencializar pensamentos suicidas. (Ciclo básico, discente T28)

[...] Mas é sempre uma cobrança. Se tu tá fazendo tudo e não consegue o que tu quer, chega uma hora que tu acaba pensando... é realmente você que é o incompetente, autoestima tá em baixo. Meu maior medo maior era ser um médico que não acrescentasse nada [...] é uma autocobrança muito grande. (Ciclo básico, discente T26)

Devido a cobrança, eu acho. Você não atinge o que quer e começa a se achar incapaz. A gente acaba se cobrando muito e acho que devido a cobrança. (Ciclo clínico, discente T24)

E quando você já está mal, vem... o que te faz você se sentir ainda menor. (Ciclo Clínico, discente T22)

Me traz muita infelicidade, dificuldade de lidar com os professores mesmo, a equipe toda. (Ciclo clínico, discente T24)

Com certeza! Não dormir direito, não se alimentar direito, não se relacionar com outras pessoas. (Ciclo básico, discente T26)

Na subcategoria *Ruina do eu*, composta por três discentes do ciclo básico e três do clínico, foram percebidas nuances que variam entre prejuízo na autoestima baseado nas cobranças excessivas com conseqüente sentimento de incapacidade; estresse emocional e físico favorecendo pensamentos suicidas; sentimento de infelicidade ao lidar com professores e equipes e questões físicas como falta de possibilidade de sono adequado, alimentação adequada e relações interpessoais satisfatórias. Todos esses fatores convergem para uma percepção de “eu” arruinado. Nessa linha, Benevides-Pereira e Gonçalves (2009) dissertam que são frequentes sentimentos de autodepreciação e culpa, ou mesmo a adoção de um comportamento inverso: condutas de superioridade e/ou onipotência pela queda da autoestima e da confiança em si mesmo. Os autores afirmam ser frequentes condutas que auxiliem o discente a fugir do meio que poderá adoecê-lo, como absenteísmo ou outros comportamentos de risco (uso de substâncias ilícitas, álcool, café em excesso e tranquilizantes).

Percebemos, na fala de um discente, a privação vivenciada em suas necessidades básicas. Fiedler (2008) cita que a alimentação inadequada, falta de sono e exercícios físicos são experimentados de forma variável por cada um. Já Aquino (2018, p. 131), ao falar dos fatores insalubres a que os acadêmicos de medicina estão submetidos, destaca

[...] impossibilidade de dominar todo o conhecimento que necessita, o processo de avaliação excessivamente centrado nos aspectos cognitivos, as dificuldades de manter uma vida pessoal satisfatória e a falta de preparo para o enfrentamento de situações existenciais humanas, como a perda e a morte.

d) *Motivação*

Pelo contrário, acho que a faculdade apesar de ter situações difíceis, por eu estar gostando do curso e, também, por realização pessoal, me motiva mais a viver. (Ciclo clínico, discente T22)

Contraopondo-se às quinze falas anteriormente comentadas, um aluno do ciclo clínico declarou haver realização pessoal e motivação para viver apesar das situações difíceis suscitadas pelo curso (subcategoria, *Motivação*). Jacques e Codo (2011), citam que “o trabalho é o modo de ser do homem e, como tal, invade e se permeia em todos os níveis de sua atividade, de seus afetos, de sua consciência [...]”. É provável que tal discente tenha desenvolvido uma maior resiliência, conforme citado por Fiedler (2008, p. 24):

[...] o estudante de medicina passa por várias crises ao longo do curso, desenvolvendo diferentes formas de enfrentamento. Aqueles com personalidade estruturada e bom respaldo familiar superam as crises inerentes ao curso com mais tranquilidade, aprendem e se desenvolvem com elas [...]

Dando continuidade à entrevista, procedemos com questionamentos que se relacionam à qualidade de vida e consumo de substâncias (lícitas ou ilícitas), criando as categorias *Tempo livre suficiente*; *Horas suficiente de lazer*; *Horas suficientes de sono*; *Boa concentração na faculdade*; *Satisfação com a vida afetiva*; *Desrespeito e ofensa*; *Consumo de álcool e qualidade de vida*; *Consumo de drogas e qualidade de vida*.

5.3.8 *Tempo livre suficiente*

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Total
SIM	00	01	01
NÃO	08	07	15

Fonte: elaborada pelo autor

5.3.9 *Horas suficientes de lazer*

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Total
SIM	02	00	02
NÃO	06	08	14

Fonte: elaborada pelo autor

5.3.10 *Horas suficientes de sono*

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Total
SIM	02	03	05
NÃO	06	05	11

Fonte: elaborada pelo autor

Na categoria *Tempo livre suficiente*, evidenciou-se que 15 discentes não considera ter tempo livre suficiente para realizar outras atividades que não as relacionadas à faculdade, enquanto apenas um declarou ter tempo suficiente para questões alheias ao curso. Em relação a *Horas suficientes de lazer*, apenas dois discentes (ciclo básico) declararam ter tempo satisfatório para lazer, enquanto os outros 14 alegaram não ter lazer suficiente (dentre estes, oito do ciclo clínico). Já sobre horas de sono, 11 referiram não dormir o tempo adequado, em contrapartida a apenas cinco que alegaram dormir o suficiente.

Corroborando os achados, Benevides-Pereira e Gonçalves (2009, p. 11), comentam que

[...] os indivíduos se tornam ansiosos, estudam mais e mais, dormem pouco, têm pouco tempo livre, perdem oportunidades de ter relações sociais e recreações, tornando-se mais vulneráveis aos distúrbios mentais. Na tentativa de distanciamento, de minimizar a exaustão, começam a tratar os demais com indiferença, com impessoalidade, adotando atitudes irônicas ou cínicas, caracterizando o que vem sendo chamado de desumanização.

A temática da medicina desumanizada tem sido tópico frequente em discussões atuais, devido à observação de ser cada vez mais evidente atitudes céticas e diminuição dos sentimentos humanísticos em muitos estudantes, o que torna necessário uma revisão dos projetos pedagógicos dos cursos de medicina, visando priorizar como eixo fundamental a prevenção do sofrimento mental do estudante e seu potencial adoecimento. Dutra (2012), citando os estudos de Kitzrow (2003) frisa inclusive que de saúde mental tem impacto negativo na performance acadêmica, na permanência e nas taxas de conclusão.

5.3.11 Boa concentração na faculdade

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Total
SIM	06	05	11
NÃO	02	03	05

Fonte: elaborada pelo autor

Apesar da insatisfação com o sono, a categoria *Boa concentração na faculdade* demonstra que a maioria dos discentes afirmam ter concentração satisfatória durante as atividades acadêmicas (11 acadêmicos). Em oposição a isso, Fiedler (2008) declara que a literatura menciona que a privação do sono em estudantes de medicina é interpretada como símbolo de dedicação à profissão. No entanto, potencialmente provocam queda na produtividade, prejuízos cognitivos e desmotivação, além de desordens psiquiátricas menores e diminuição da qualidade de vida.

5.3.12 Satisfação com a vida afetiva

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Total
SIM	03	02	05
NÃO	05	06	11

Fonte: elaborada pelo autor

5.3.13 Desrespeito e ofensa

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Total
SIM	03	06	09
NÃO	05	02	07

Fonte: elaborada pelo autor

A categoria *Satisfação com a vida afetiva* expõe que a maioria dos acadêmicos não está satisfeito neste quesito (11 respostas negativas). Em relação a vivências de humilhação na faculdade, ou fatos nos quais o estudante teria se sentido maltratado, nove discentes declararam ter sofrido desrespeito ou ofensas, sendo seis do ciclo clínico. Benevides-Pereira *et al* (2009, p. 11), discorre os estudantes nas escolas médicas sofreriam, muitas vezes, de assédio psicológico, ao passar por um processo de treinamento abusivo no qual “é frequente a observação de gritos, humilhações, agressão física, importunação sexual pelo poder, seja médico, residente ou outro, durante o treinamento”, com as consequências mais diversas.

Em relação aos aspectos logo acima citados, Aquino (2018, p. 121) apresenta que estudos demonstraram a interferência do trabalho do médico nas suas relações interpessoais, em razão da falta de tempo, estressores acadêmicos, sobrecarga de trabalho, fadiga e privação de sono. “A vulnerabilidade a crises pessoais leva o médico a sentimentos de solidão, depressão, ansiedade, insônia [...] Por certo, os fatores psicossociais e a saúde física mantêm forte relação entre si”. Tais fatores são evidenciados tanto no sofrer dos discentes como na atuação dos docentes, sugerindo um “ciclo vicioso” no qual os médicos docentes exercem essa incapacidade relacional perante o discente, que por sua vez vivencia tais influências, as naturaliza paulatinamente e, posteriormente, perpetua o ciclo reagindo da mesma forma insalubre.

Corroborando nosso pensamento, Wolf (1994 *apud* FIEDLER, 2008, p. 25) afirma que

[...] o curso médico não é bom para a saúde do aluno, tendo em vista o estresse inerente ao curso, a consolidação da sua identidade, a aquisição de atitudes e valores éticos, além de um estilo de vida diferente calcado em sacrifícios que dificultam o equilíbrio entre vida pessoal e acadêmica. O estudante de medicina, em alguns casos, pode ainda enfrentar maus tratos, insultos e discriminação advinda de professores e ou colegas que estão diretamente associados ao embrutecimento e cinismo na prática médica, mudando atitudes, valores e até mesmo a personalidade do aluno.

5.3.14 Consumo de álcool e qualidade de vida

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Total
SIM	03	02	05
NÃO	05	06	11
NÃO CONSUMO ÁLCOOL	00	00	00

Fonte: elaborada pelo autor

5.3.15 Consumo de drogas e qualidade de vida

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Total
SIM	01	02	03
NÃO	02	02	04
NÃO CONSUMO DROGAS	05	04	09

Fonte: elaborada pelo autor

As categorias *Consumo de álcool e qualidade de vida* e *Consumo de drogas e qualidade de vida* revelaram que boa parte dos alunos não considera que a forma como consomem etílicos interfere na sua qualidade de vida (onze); tampouco o consumo de drogas (dos sete que declararam consumir, quatro não consideraram prejuízos na sua qualidade de vida, enquanto nove declararam não fazer uso de drogas). Salientamos que a única substância ilícita citada foi maconha.

Em relação ao uso de substâncias, várias são as citações na literatura que indicam maior propensão ao abuso de etílicos e outras substâncias por médicos e estudantes de medicina. Meleiro (1998) ressalta inclusive que a ingestão excessiva de drogas é uma forma de suicídio aceita culturalmente. Aquino (2018) cita a vulnerabilidade a crises pessoais como motivação ao médico para ter problemas com álcool ou substâncias psicotrópicas. Os trabalhos mais significativos brasileiros utilizaram grandes amostras com metodologia adequada sobre uso de substâncias por estudantes de medicina. Particularmente, Andrade *et al* (1997) e Mesquita, Laranjeira e Dunn (1997) mostraram uma prevalência de uso de álcool ao longo da vida de 82 a 89%; e de *Cannabis* de 19 a 24% nesta população. A prevalência de uso tendeu a aumentar, ao longo dos seis anos do curso de medicina, para a maioria das substâncias.

Quanto à indagação *Para você, o suicídio é...?*, estabelecemos as seguintes subcategorias: *Fuga dos problemas*; *Cessaçãõ da dor*; *Desastre emocional*; *Única saída* e *Concepção simplificada*.

5.3.16 Significação do Suicídio

a) *Fuga dos problemas*

Pra mim, é tipo a pessoa querer fugir, uma escapatória, a pessoa ver uma solução para um problema: encontra naquilo a única escapatória. (Ciclo básico, discente T29)

Uma forma da pessoa tentar fugir dos seus problemas. Tipo, é uma forma que ela encontra de dar fim em todos os seus problemas. (Ciclo clínico, discente T25)

É uma forma de escape, assim... tipo você não aguenta mais lidar com a situação, tenta fugir como uma solução. (Ciclo básico, discente T29)

Pra mim, acho que é mais um momento de fraqueza. Meio que uma fuga de tentar fugir da realidade. (Ciclo clínico, discente T24)

b) *Cessaçã o a dor*

É não suportar mais lidar com essas dificuldades. (Ciclo clínico, discente T24)

É acabar com essa dor que a gente não consegue tirar mesmo indo a psicólogo ou usando medicamento, fazendo tudo o que as pessoas, o que os médicos mandam a gente fazer; não tá dando para acabar com a dor. (Ciclo clínico, discente T23)

É uma desistência, assim, você desiste. Você não consegue lidar com o que está acontecendo na sua vida ou você está muito desesperado porque está sentindo uma dor muito grande e você quer cessar aquilo. (Ciclo clínico, discente T25)

Nas falas que originaram a subcategoria *Fuga dos problemas*, fica claro a correlação que os estudantes fazem entre o autoextermínio como um escape dos problemas, pois vivenciam situações às quais não conseguem visualizar soluções, fugindo através da interrupção da própria existência. Pinheiro (2015, p. 21), corrobora tal achado, ao afirmar que “[...] o suicídio, de forma geral, é uma manifestação na qual o sujeito tenta fugir de uma situação de sofrimento, que é insuportável.” O mesmo autor complementa, em sua obra *“Comportamento suicida na escola: para pais e mestres”*, que caso o sofrimento seja indescritível e associado à uma intensa angústia, desesperança ou tristeza, no contexto de tal sofrimento nada na vida valeria mais à pena.

A subcategoria *Cessaçã o a dor* revela nas três falas de discentes do ciclo clínico a concepção do suicídio como modo de aniquilamento do sofrimento, ou seja, aplacar a dor através da interrupção da vida (uma sutil divergência em relação à subcategoria anterior). Ressaltamos uma das falas no qual o discente alega que mesmo com tratamento especializado, não teria sua dor dirimida.

Botega (2015, p. 74) diz, nesse contexto, que “[...] no entendimento da teoria comportamental, o suicídio é concebido como uma forma extrema de comportamento de esquiva. A fim de evitar uma situação de dor significativa, a pessoa é levada a tirar a própria vida.” Complementando essa ideia Souza e Rasia (2006) consideram que o risco de implementar um comportamento suicida ocorre como resultado do desenvolvimento de um processo que leva o indivíduo ao sofrimento psicológico, no qual ele não consegue ver outra saída para se livrar da dor.

c) *Desastre emocional*

[...] o ato em si é um desastre emocional. (Ciclo básico, discente T28)

[...] aí comete o suicídio, acho que é um ato de desespero. (Ciclo básico, discente T26)

d) *Única saída*

É um estado de consciência que a pessoa ver, quer dizer, ela não ver mais solução... ver apenas uma única saída que é a morte! (Ciclo básico, discente T27)

É a resolução de um pedido de socorro. Quando a pessoa não acha mais escapatória, só ver tirar a própria vida como alternativa. (Ciclo clínico, discente T23)

Pra mim o suicídio é literalmente perder o sentido de acordar todo dia. (Ciclo básico, discente T28)

[...] uma forma de libertação. Acabar mesmo com o pensamento, de acabar o cansaço [...] era mais uma forma de aquietar, de ficar quieta... (Ciclo básico, discente T26)

Em relação à subcategoria *Desastre emocional*, temos

[...] o neologismo *psychache*³ idealizado para denominar uma dor intolerável vivenciada como uma turbulência emocional interminável, uma sensação angustiante de estar preso em si mesmo, sem encontrar saída. Junto com esse desespero, costuma haver a sensação de que a vida entrou em colapso. O suicídio passa a ser como a única saída, uma forma de cessação da consciência para interromper a dor psíquica (BOTEGA, 2015, p. 139).

Três discentes do ciclo básico e um do ciclo clínico explicitaram suas concepções de forma a originar a subcategoria *Única saída*. Nesse sentido, Cassorla (2018, p. 10) profere que “[...] a pessoa que pensa em suicídio ou tenta se matar está, evidentemente, sofrendo.

³ *Psychache*: do inglês, “dor psíquica” (tradução livre).

Quando ela não encontra formas de diminuir ou compreender esse sofrimento, que se torna insuportável, o suicídio parece ser a única saída.”

Assim, em todas as falas, fica clara a ausência de caminhos para manutenção da vida, sendo vivenciado, diante da crise, um colapso existencial, associando-se a uma vivência de angústia e desamparo, de incapacidade e esgotamento, de falta de perspectiva de solução. Se ela ultrapassar a capacidade pessoal de reação e adaptação, a vulnerabilidade ao suicídio também aumenta, pois passa a ser visto como solução única para uma situação insuportável (BOTEGA, 2015).

e) *Concepção simplificada*

Interromper a própria vida; tanto provocando, como fazer algo que não impeça que a vida tenha um fim. (Ciclo clínico, discente T22)

Acho que, o suicídio é o fato que um certo momento da vida querer tirar sua vida por alguma razão. (Ciclo básico, discente T27)

Seria a pessoa tirar a vida com as próprias mãos, como as suas motivações. (Ciclo clínico, discente T22)

A última subcategoria traz falas que compõem a concepção mais frequente encontrada na literatura sobre a morte autoinfligida. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), o suicídio seria um ato deliberado, intencional, de causar a morte em si mesmo ou, em outras palavras, um ato iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tem a clara noção de que dele pode resultar a morte, e cujo desfecho fatal é esperado.

Cassorla (2018) complementa que qualquer tentativa de autoextermínio deveria ser encarada como pedido de ajuda e o indivíduo encaminhado para avaliação por profissional de saúde mental.

Investigamos nos participantes qualquer ideação ou tentativa de suicídio recente, criando a categoria logo abaixo citada, na qual metade dos discentes entrevistados declarou ter pensado em cometer ou mesmo tentado o suicídio nas últimas quatro a seis semanas, sendo cinco ocorrências positivas no ciclo clínico e três no básico.

5.3.17 *Ideação ou tentativa de suicídio nas últimas 4 - 6 semanas*

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Total
SIM	3	5	8
NÃO	5	3	8

Fonte: elaborada pelo autor

A seguir, questionamos a motivação direta ou imediata para tal ideação ou tentativa de suicídio, diante do qual oferecemos as opções (podendo ser escolhidas uma ou mais): *dificuldades financeiras; problemas familiares; problemas amorosos; conflitos com a sexualidade; dificuldades nos relacionamentos interpessoais; dificuldades na faculdade ou nos estudos; distúrbios psiquiátricos; não se sentir pertencente ou identificado a nenhum grupo; escolhas existenciais; todos; outros*. Criamos então a categoria *Fator precipitante direto de sua ideação ou tentativa de suicídio nas últimas 4 - 6 semanas*.

Vimos que dos 16 entrevistados, 12 relataram ter apresentado vontade de morrer em algum momento na vida (categoria 5.2.6), sendo que 8 tiveram ideação ou tentativa nas últimas 4-6 semanas; e nas falas fica implícito que há motivações relacionadas ao modo de organização do curso e como este é vivenciado, como demonstramos a seguir.

5.3.18 *Fator precipitante direto de sua ideação ou tentativa de suicídio nas últimas 4 -6 semanas*

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico
Problemas familiares	0	1
Problemas amorosos; Dificuldade na faculdade ou nos estudos; Não se sentir pertencente ou identificado a nenhum grupo	1	0
Dificuldade na faculdade; Vida afetiva	1	0
Dificuldades financeiras; Dificuldades na faculdade ou nos estudos	0	1
Escolhas existentes em relacionamentos amorosos; Dificuldade nos relacionamentos interpessoais	0	1
Não se sentir pertencentes ou identificado a nenhum grupo; Escolhas existenciais; Distúrbios psiquiátricos; Dificuldades na faculdade ou nos estudos; Dificuldades nos relacionamentos interpessoais	0	1
Identificação com os pacientes	0	1
Problemas emocional afetivo; Dificuldades nos relacionamentos interpessoais; Problemas familiares; Escolhas existenciais	1	0

Fonte: elaborada pelo autor

Podemos perceber motivações diversas, isso mostra que ideação e tentativa de suicídio é complexa e multifatorial. Enfatizamos que o fator Dificuldades com a faculdade foi citado por quatro estudantes (50%), sendo dois do ciclo básico e dois do clínico; no entanto, tal motivação sempre aparece associada a outras. A seguir, foi preponderante o peso dos relacionamentos interpessoais, cujas dificuldades foram citadas com frequência, também em associação, dentre as motivações para morte auto infligida.

Pinheiro (2015) ressalta que na visão da psicologia cognitiva, a maioria dos sujeitos que cometeram suicídio vivenciou um estressor pelo menos nos três meses anteriores ao ato. A mesma autora, citando Beck (1995, p. 21) fala que “fatores de vulnerabilidade biológica, juntamente com aspectos da personalidade, influenciarão para o comportamento suicida. [...] muitas vezes o indivíduo constrói pensamentos negativos a partir de percepções distorcidas da realidade”.

Nos discentes que pensaram em cometer ou tentaram o suicídio recentemente, sete procuraram auxílio, dentre estes, quatro com ajuda especializada (categoria ***Busca por ajuda***). Três procuraram ajuda de amigos, família e namorado, e apenas um declarou não ter procurado ajuda. Tais constatações foram obtidas através do inquérito “nas últimas 4-6 semanas, você procurou ajuda?”, com as opções múltiplas a seguir: *com a família; tratamento psiquiátrico; psicólogo; médico (exceto psiquiatra); amigos; nenhum; outros*.

5.3.19 Busca por ajuda

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	TOTAL
Psiquiatra; Psicólogo	0	1	1
Psicoterapia	1	0	1
Psiquiatria; Psicólogo; Amigos	0	1	1
Psiquiatra; Pais; Amigos	0	1	1
Amigos; Família	1	1	2
Namorado	1	0	1
Não procurou ajuda	0	1	1

Fonte: elaborada pelo autor

Para criação das categorias ***Opiniões sobre motivações para o suicídio*** e ***Sinais que indicam possível ato suicida***, foram questionados apenas os entrevistados que declararam não ter ideação ou tentativas de suicídio anteriores nas últimas 4 a 6 semanas. No que concerne às motivações, as opções múltiplas à escolha foram as mesmas da questão 18 do instrumento (categoria 5.2.18).

5.3.20 Opiniões sobre motivações para o suicídio

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	TOTAL
Dificuldade financeira; Problemas familiares; Problemas amorosos; Conflitos com a sexualidade; Dificuldades nos relacionamentos interpessoais; Dificuldades na faculdade ou nos estudos; Distúrbios psiquiátricos; Escolhas existenciais; Não se sentir pertencente ou identificados a nenhum grupo	4	2	6
Problemas familiares; Problemas amorosos; Conflitos com a sexualidade; Dificuldades nos relacionamentos interpessoais; Dificuldades na faculdade ou nos estudos; Distúrbios psiquiátricos; Não se sentir pertencente ou identificados a nenhum grupo	0	1	1
Dificuldade financeira; Problemas familiares; Conflitos com a sexualidade; Distúrbios psiquiátricos; Não se sentir pertencente ou identificados a nenhum grupo; Escolhas existenciais	1	0	1

Fonte: elaborada pelo autor

Cinquenta por cento dos discentes declararam todas as opções fornecidas. Apenas um discente do ciclo clínico não considerou *problemas financeiros* e *escolhas existenciais*; e outro, do ciclo básico, não considerou importante *problemas amorosos*, *dificuldades nos relacionamentos interpessoais*, e *dificuldades na faculdade ou nos estudos*.

As falas denotam que há um consenso entre os acadêmicos em relação à percepção da complexidade e multi-motivacionalidade do comportamento suicida. Bertolote (2012, p. 68) reforça que o suicídio é multifatorial e multideterminado, resultante de uma complexa teia de fatores de risco e fatores protetores que interagem, sendo difícil precisar o peso relativo de cada um. E continua: “[...] um conhecimento aprofundado dos fatores causais dos comportamentos suicidas vai bem além do interesse - quiçá excessivamente mórbido – do público, em geral, e de certa imprensa sensacionalista, em particular, e se revela de grande relevância para sua prevenção [...]” (BERTOLOTE, 2012, P. 68).

Diante das falas obtidas com a pergunta *que sinais você considera que poderiam indicar um possível ato de suicídio?* foi criada a categoria ***Sinais que expressam possível suicídio***. Em relação aos sinais comportamentais que indicariam possível ato de suicídio, dispomos *tristeza; alteração comportamental; falar em morrer; depressão; ansiedade; desesperança; desespero; comportamentos agressivos/hostis; todos; outros*.

5.3.21 Sinais que expressam possível suicídio

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	TOTAL
Tristeza; Depressão; Desespero; Alteração comportamental; Ansiedade; Comportamento agressivo/hostil; Falar de morrer; Desesperança	2	2	4
Depressão; Ansiedade; Alteração comportamental; Falar em morrer; Comportamento agressivo; Desesperança	0	1	1
Falar em morrer; Desesperança; Alteração comportamental	1	0	1
Tristeza; Depressão; Desespero; Alteração comportamental; Ansiedade; Comportamentos agressivos/Hostis	1	0	1
Outros: “É muito, muito relativo, eu acredito que... só quem convive com a pessoa em questão pode perceber...” (Ciclo básico, discente T27)	1	0	1

Fonte: elaborada pelo autor

Dos oito discentes, apenas um não citou *alteração comportamental*, e este explicou ser “relativo”, pois “só quem convive com a pessoa [...] pode perceber” (discente T27). Quatro reconheceram todos os sinais apresentados como opções, seis citaram *depressão*, *desesperança* e *ansiedade*; e cinco reconheceram que a pessoa, quando fala em morrer, está dando indícios de comportamento suicida.

Nesse aspecto, Cassorla (2018), em sua obra “*Suicídio - Fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução*”, explica que existem mecanismos mentais e conflitos não conscientes por trás das motivações do ato suicida. Para ele, o próprio suicida pouco sabe de suas motivações, e o que ele comunica, de alguma forma, é apenas uma parte do que está vivenciando. Assim, faz-se mister perceber pelo menos as manifestações de sofrimento que se externalizam; dentre estas, desânimo, desamparo e falta de vontade de viver.

Dutra (2010b, p. 253) relembra os gestos e sinais que podem sugerir uma ação autodestrutiva:

[...] ameaçar, falar ou brincar sobre suicídio; preocupações com a morte e o morrer; desfazer-se de objetos pessoais, despedir-se das pessoas; mudanças bruscas de comportamento, nos cuidados com a higiene pessoal; distanciamento dos amigos e família; sinais de depressão, como choro constante, mudança no apetite e padrão de sono, indisposição e baixa energia, baixa concentração; e por fim, abuso de álcool e drogas.

Os sentimentos causados pelo contato, próximo ou não, com um indivíduo suicida, gerou a categoria *Sentimento(s) ao ter contato com indivíduo suicida*, diante da qual oferecemos as múltiplas opções *indiferente; resistente à tentativa de compreensão; incomodado; bem; reflexivo; identificado (identifico-me com o mesmo); não sinto nada; outros*.

5.3.22 Sentimento(s) ao ter contato com indivíduo suicida

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	TOTAL
Reflexivo; Incomodado; Identificado	0	1	1
Impotente; Culpada	1	0	1
Reflexivo(a)	2	1	3
Reflexivo; Incomodado; Triste	0	1	1
Identificado	1	1	2
Reflexivo; Incomodado	1	1	2
Identificado; Triste	1	0	1
Incomodado; Identificado; Reflexivo	0	1	1
Reflexivo; Impotente	1	0	1
Reflexivo; Quis compreender	1	0	1
Medo	0	1	1
Empatia	0	1	1

Fonte: elaborada pelo autor

Dos dezesseis que responderam, dez sentiram-se reflexivos, seis identificaram-se com o suicida e cinco declararam-se incomodados. Outros sentimentos foram citados, mostrando que a reação é individual e depende do histórico de vida, assim como das relações ou rede de suporte social.

É conhecido que cada suicídio afeta de cinco a dez pessoas entre familiares, amigos ou indivíduos próximos, conhecidos como “sobreviventes do suicídio”. Para muitos destes sobreviventes, o sofrimento que a perda traz pode persistir por muitos anos, até o resto da vida. Os que ficam também adquirem maior propensão a desenvolver sentimentos de responsabilidade pela morte do ente querido ou se sentirem mais envergonhados e isolados (BERTOLOTE, 2012).

A categoria *Influencia do contato com o suicídio* enfatiza as mudanças que ocorreram na vida pessoal do estudante de medicina após o contato com indivíduos suicidas, sejam pacientes, conhecidos, familiares ou mesmo através de notícias na mídia. Com as respostas obtidas, instituiu-se as subcategorias: *Autocuidado e valorização da vida; O mundo à minha volta; Mudanças não reconhecidas; Mudança imprescindível; Relacionamento familiar afetado; Identificação com o sujeito e Visão sobre o suicídio modificada.*

5.3.23 *Influência do Contato com o Suicida*

a) *Autocuidado e valorização da vida*

Eu acho que sim. Realmente eu tento viver da melhor forma pra, principalmente, não deixar muitas coisas me afetar, também! Pequenos problemas, detalhes que acumulam e que podem te levar a uma situação dessa. (Ciclo Básico, discente T27).

Acho que sim. Eu comecei autoconhecimento, entendeu? (Ciclo clínico, discente T24).

É como se por contraste me deu mais valor por estar vivo. Mas foi assim, eu penso, mas eu não teria coragem... em desistir ou acabar com minha vida. (Ciclo clínico, discente T25).

b) *O mundo à minha volta*

Causa influência na minha vida de eu tentar começar a ficar mais atenta às pessoas que estão próximas. De ser mais atenta e de cuidar mais de mim. (Ciclo clínico, discente T22).

Eu comecei a tentar prestar um pouco mais de atenção no que as pessoas falam, que elas expressam. Que as falas hoje têm muito mais força pra mim, que antes eram brincadeiras. (Ciclo básico, discente T28)

Eu fiquei pensando que o que a gente vê das pessoas não corresponde com a realidade, porque quando você olhava, principalmente para uma delas: super comunicativa, super alegre, falava com todo mundo, aí um dia a gente saiu e ela voltou pra casa e tentou se matar. Foi uma surpresa! (Ciclo básico, discente T26).

Com certeza. Passa a ver de uma forma muito mais perto que a gente imagina. Muito mais no sentido da percepção. (Ciclo básico, discente T29).

Visão em relação aos problemas da faculdade [...] quando eu soube a pessoa já tinha tentado, já tinha passado algumas horas e todo mundo ficou surpreso, porque estava preocupado com seus problemas e ninguém tinha percebido. (Ciclo básico, discente T28).

Com essas que eu tive o contato, eu me sinto responsável pela pessoa. O que me afetou eu querer ajudar a pessoa. A forma que me afetou foi mostrar empatia por ela e não fazer ela se sentir julgada no momento. (Ciclo clínico, discente T22).

Mudou. [...] tentar pregar o máximo possível a tolerância, o respeito ao próximo, a gente se colocar no lugar das pessoas para entender a situação delas. (Ciclo clínico, discente T25).

Na subcategoria “*Autocuidado e valorização da vida*” fica evidente que o contato com o suicida evidencia a necessidade pessoal do autocuidado como proteção pessoal contra pensamentos dessa natureza.

Botega (2015, p. 208) aponta que “[...] cuidar de mim para cuidar dos outros e o tomar conta de minha capacidade de cuidar são fundamentais para quem trabalha com crises humanas. É imprescindível termos alguns cuidados em prol de nossa própria saúde mental.”

A subcategoria “*O mundo à minha volta*”, composta pela fala de sete acadêmicos, revela mudanças pessoais com o intuito de ficar mais atentos com o comportamento, fala e ações do próximo. Vale ressaltar que foram relatadas três tentativas de suicídio no decorrer do semestre, nessa categoria, nas falas dos estudantes.

c) *Mudanças não reconhecidas*

Eu reflito mais sobre a questão da morte, quando eu vejo algum tipo de notícia sobre suicídio, mas eu não consigo realmente uma mudança direta na minha vida. (Ciclo clínico, discente T23).

Eu não tenho ninguém, assim, perto, que tenha cometido suicídio. Mas é só uma coisa que passa, obvio que fico pensando, mas... fico triste, mas não é uma coisa que me para ou que me impede de alguma coisa. (Ciclo básico, discente T26).

Opondo-se às subcategorias supracitadas, surge *Mudanças não reconhecidas*. Nessa subcategoria, dois estudantes comentam que refletem sobre o assunto “suicídio”, mas que o fato ocorrido não causa influência nas suas vidas.

d) *Mudança imprescindível*

É uma das coisas que eu tenho que trabalhar. Me fazem pensar neles, em alguns momentos, como pessoas de grande coragem, um grande corajoso pelo fato de alguns momentos eu ter esse tipo de pensamento. Eu vejo essas pessoas como uns heróis, eu diria. Mas em alguns momentos eu vejo como pessoas que precisam de ajuda. (Ciclo clínico, discente T24).

Na subcategoria *Mudança imprescindível*, detém-se que o estudante divaga sua percepção sobre o suicida ambivalentemente entre um herói ou alguém que precisa de ajuda. Segundo Bertolote (2012), na literatura clássica greco-romana, o suicídio era apresentado ora como um ato de desespero, ora como ato heroico. Diante disso, poucas vezes era condenado abertamente.

O mesmo autor destaca que no primeiro livro a citar a palavra “suicídio”, em 1645, Thomas Browne estabeleceu duas formas do ato: uma heroica e outra patológica.

e) *Relacionamento familiar afetado*

[...] destrói a família. No caso foi a minha família toda, né! Muito triste! Alterou a minha forma de me relacionar com a minha família. (Ciclo básico, discente T29).

Um dos estudantes verbalizou sobre a ocorrência de um caso de suicídio na família, onde todos os membros foram afetados. Aqui surgiu a subcategoria *Relacionamento familiar afetado*. Sobre esse assunto, Nunes *et al.* (2016, p. 18) comenta que “[...] o suicídio é um tipo de morte com um impacto muito negativo e pode ainda ser devastador para seus sobreviventes. Os sobreviventes são aquelas pessoas que perderam seu familiar por suicídio ou tenha sido afetada de alguma forma pela morte da pessoa que se suicidou.” Como já citado anteriormente na introdução do presente trabalho (seção 1.2), a OMS fala em consequências sofridas por pelos menos cinco ou seis pessoas próximas a cada suicídio executado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Evidencia-se a necessidade de uma busca por relações interpessoais mais próximas e cuidadosas, estimulando uma maior atenção ao que se passa em nosso entorno. Coaduna com as falas de alguns discentes essa evidente necessidade de modificação, pois muitas vezes vivemos com uma pessoa, na mesma casa, e não a conhecemos, não temos ideia do que se passa com ela (DUTRA *apud* HUTZ, 2010).

f) *Identificação com o sujeito*

Mais essa parte de identificação, porque talvez como esse foi o único caminho que ela achou para tirar a dor, eu talvez não ache outro. (Ciclo clínico, discente T23).

g) *Visão sobre o suicídio modificada*

Antigamente, tinha um pensamento muito indiferente ao suicídio, entendeu? Pra mim era uma patologia que só tinha de ser tratada. Hoje em dia já penso de forma completamente diferente quanto a isso: que são conjuntos de fatores que já vêm de longo tempo. (Ciclo básico, discente T27).

A subcategoria *Identificação com o sujeito* revela uma identificação e ao mesmo tempo um sentimento de medo ou incerteza por parte do discente de não encontrar outro caminho para sanar sua dor, se não a morte. Botega, Silveira e Mauro (2010) esclarecem que ao acolhermos a vivência de outrem, somos remetidos às nossas próprias experiências e sentimentos, fazendo-

nos passar por algo semelhante. Isso aconteceria, segundo os autores, sempre que estamos em condições de manter abertos os canais de nossa sensibilidade – o que nos remete à concepção de empatia.

Um discente afirmou que o seu pensamento sobre suicídio mudou, criando-se assim a subcategoria *Visão sobre o suicídio modificada*. O contato com o suicida fez com que o estudante passasse a ver o autoextermínio de forma diferente, reconhecendo a dimensão multifatorial que envolve o ato.

Dutra (2012) relata que os estudos citados em sua pesquisa quase sempre apontam para causas psicossociais, transtornos psiquiátricos e desajustes emocionais, sendo oportuno entender os aspectos como “motivações” e não “causas”. Enfatiza o pensar o contexto de mundo e ser-no-mundo do *Dasein* e como o suicídio poderia ser interpretado à luz de um pensamento que compreende o homem na sua condição de indeterminação e poder-ser.

“O suicídio é um comportamento multifatorial e multideterminado resultante de uma complexa teia de fatores de risco e de fatores protetores que interagem de uma forma que dificulta a identificação e a precisão do peso relativo de cada um deles” (BERTOLOTE, 2012, p. 68).

Quando questionamos aos estudantes se é possível prevenir o suicídio, estabelecemos a categoria *Prevenção do suicídio* e as seguintes subcategorias: *Laços familiares e amigos*; *Precisamos falar sobre suicídio* e *Inevitabilidade do suicídio*.

5.3.24 *Prevenção do suicídio*

a) *Laços familiares e amigos*

[...] dando uma atenção bastante constante pra pessoas que você pode estar notando que está muito triste ou até que perderam outra pessoa e que às vezes falam que está pensando em se juntar a elas ou que está tendo muitos revés na vida... até presencialmente para evitar fisicamente algum tipo de ato. (Ciclo clínico, discente T25).

Ajudando, ficando atento, identificando esses sinais e se colocando à disposição para ajudar as pessoas... A grande maioria de nós não é capacitado pra isso, mas está na linha e dando suporte, um apoio, tentando encaminhar a pessoa para alguém que consiga ser mais especializado, um profissional que consiga ajudar. (Ciclo clínico, discente T25).

Reforçar os laços familiares... melhorar também os vínculos, principalmente uma amizade. (Ciclo básico, discente T27).

Muito importante os colegas de sala prestar atenção na pessoa que está se isolando, acho que é um dos sinais que a pessoa faz [...] Acho que tem que ser o máximo compreensivo, mas você tem que chegar e ter uma conversa com a família, até para alertar. (Ciclo básico, discente T29).

Realmente procurando uma ajuda de pessoas próximas: amigos, família e profissionais capacitados, principalmente psicólogos e psiquiatras. (Ciclo clínico, discente T22).

Conexões com as pessoas, manutenção da saúde mental, procurando ajuda no campo da saúde, meditação, conhecer a si próprio, essas coisas. (Ciclo básico, discente T28).

Acho que o fato de a gente se olhar bastante, prestar atenção no comportamento dos nossos amigos, porque a gente conseguiu prevenir um suicídio agora prestando atenção no comportamento de um amigo... E aí, eu acho, se você conseguir intervir no processo e chamar um profissional para te ajudar, você consegue. (Ciclo clínico, discente T23).

Buscando ajuda, terapia, amigos..." (Ciclo clínico, discente T22)

Criando uma rede de apoio, rede de pessoas que possua empatia... (Ciclo básico, discente T28)

Dentre os discentes que selecionamos, nove afirmaram que a prevenção do suicídio é possível e é feita com apoio e criação ou fortificação de laços familiares, bem como também de amizades. Além disso, foi mencionado a importância de um olhar atento para identificar mudanças de comportamento em indivíduos com provável sofrimento, para ajudá-los e encaminhá-los a profissionais especializados que possam abordar uma provável ideação.

Botega (2015) esclarece que a avaliação do risco de suicídio só pode ser concretizada se, antes de qualquer coisa, percebermos que a pessoa diante de nós poderá se matar. O mesmo autor afirma que, em geral, referimo-nos à prevenção do suicídio como uma medida possível. No entanto, o que se busca é melhorar as condições da existência humana e minimizar os estressores que levam ao sofrimento agudo ou duradouro que culmina em suicídio. A “prevenção” não é uma tarefa simples, ela necessita de ações conjuntas de aspectos médicos, psicológicos, familiares, socioculturais, religiosos e econômicos.

Cassorla (2018, p. 103) corrobora dizendo que

[...] deve haver uma identificação precoce de problemas emocionais, aos quais todos estamos sujeitos. Deve-se averiguar e questionar, cuidadosamente, quando nos defrontamos com pessoas desesperançadas, desesperadas, que parecem não ter mais vontade de viver; o mesmo com pessoas que pareçam estranhas, sentindo-se ameaçadas e perseguidas, sem motivo. Também merecem atenção especial indivíduos que se frustram com facilidade e que agem impulsivamente quando as coisas não ocorrem conforme esperavam.

Imperante é perceber a ausência de relatos ou citações sobre religiosidade/espiritualidade nas falas. Na verdade, temos que essa dimensão exerce influências contrapostas em relação ao comportamento suicida. Ao mesmo tempo em que a fé pode proteger contra o suicídio, muitas crenças e comportamentos influenciados pela religião aumentam o estigma e podem desencorajar a procura por assistência médica. Além disso, alguns aspectos da vida que são condenados por dogmas religiosos, como orientações homoafetivas e separação conjugal (dentre outros) podem se configurar como motivações adicionais para uma ideação suicida. Contudo, de modo geral, temos que taxas de suicídio ou atitudes mais negativas sobre suicídio são encontrados em grupos ou indivíduos mais religiosos (BOTEGA, 2015).

“As tentativas de suicídio devem ser consideradas um pedido de ajuda e a pessoa deve ser encaminhada para avaliação por um profissional de saúde mental” (CASSORLA, 2018, p. 104).

b) *Precisamos falar sobre suicídio*

Acho que a gente tem que conversar mais sobre isso e tentar promover mais amparo para essas pessoas. Acho que tem, existe muito um tabu, um medo de se falar sobre isso. (Ciclo clínico, discente T24)

Falar nesse assunto sem ser um tabu, com todas as pessoas. (Ciclo básico, discente T26)

Começando primeiramente pelo seio familiar, que é a estrutura de qualquer ser humano, dar uma capacitação maior para procurar entender e por meio desse componente familiar procurar ajudas especializadas. Acredito que assim e divulgando na grande mídia podemos mudar essa concepção errônea que as pessoas têm disso... (Ciclo básico, discente T27)

[...] campanhas escolares, campanhas na faculdade mesmo; acho que oferecer apoio direto ao estudante. (Ciclo clínico, discente T23)

Eu acredito que quando a pessoa pode conversar sobre, ajuda bastante, tanto com o profissional psicólogo, fazer análise... Você compreender um pouco seus problemas, conversar... (Ciclo básico, discente T29)

Na subcategoria *Precisamos falar sobre suicídio*, cinco estudantes mencionaram a importância de falar sobre ao assunto e quebrar o tabu que ainda existe em torno do fenômeno. Desde conversas pessoais, no seio familiar, até campanhas escolares e universitárias, passando

por divulgações na mídia, foram reconhecidas como de importância para a prevenção do ato suicida.

Em documento recente, a Organização Mundial da Saúde enfatiza que o comportamento suicida ainda é obscurecido por tabus, estigma e vergonha, o que impede as pessoas de procurarem ajuda nos serviços de saúde. A prevenção pode ser alcançada pelo enfrentamento proativo desses obstáculos, pela conscientização da população e pelo apoio dos sistemas de saúde e da sociedade como um todo. (BOTEGA, 2015, p. 25).

No livro “Telefonemas em Crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio”, Botega, Silveira e Mauro (2010, p. 24) afirmam que

[...] a melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela. Ao contrário da crença popular, falar a respeito do suicídio não inocula a ideia na cabeça de alguém. Possivelmente, a pessoa ficará aliviada ao falar abertamente sobre seus sentimentos, desde que, de fato, quem pergunta possa ouvir e conversar sobre isso.

Em 14 de agosto de 2006, a Portaria no. 1876 estabeleceu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, dentre elas podemos citar: desenvolver estratégias de informação e sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública; organizar linhas de cuidados integrais e todos os níveis de atenção; desenvolver estudos dos seus determinantes e condicionantes; prover a organização das redes de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; coletar e analisar dados permitindo a qualificação das gestões e promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades básicas (BRASIL, 2006).

Por outro lado, há que se ter cuidado com o modo como o suicídio é tratado ou apresentado pela mídia. O poder de influência midiático, quando perpassa a romantização do suicídio, pode incentivar o ato em indivíduos mais sensibilizados. Tal efeito teria sido inicialmente aventado já na década de 70, sob a alcunha de “Efeito de Werther”.

Almeida (2000) explica que o romance de Goethe intitulado “*Die Leiden des Jungen Werthers*” o qual acaba com o suicídio do seu protagonista, “provocou uma onda de suicídios de imitação, após a sua primeira publicação em 1774. Referindo-se a este incidente histórico, Phillips (1974) deu-lhe o nome de Efeito de Werther. No entanto, o impacto suicida do romance de Goethe nunca foi conclusivamente demonstrado”. Porém, a discussão em torno

do suposto efeito ressurgiu com grande intensidade já na década de 2010, com a série “*13 Reasons Why*” exibida através de serviço de *streaming* Netflix.

A série mostra em 13 lentos episódios as supostas motivações que levaram a protagonista ao autoextermínio, mostrado o ato suicida somente no último episódio de maneira explícita (cena posteriormente modificada pelo impacto causado após sua veiculação). Muitas críticas surgiram à época de seu lançamento, e foi quase impossível ignorar a romantização do suicídio na saga. Bloc (2017) aponta que mais do que advertir sobre as fraturas sociais que levam um jovem a tirar a própria vida, a série parecia pretender “ensinar” como cometer o autoextermínio. Quatro meses após finalizada a primeira temporada, estudos americanos teriam divulgado as possíveis consequências da veiculação da série: esta foi seguida rapidamente por um aumento nas buscas na internet relacionadas a suicídio, incluindo métodos para se matar, afirmaram os pesquisadores. No período estabelecido pelo estudo, a procura por temas relacionados a esse universo foi 19% maior do que era esperado, conforme projeções feitas com base em períodos anteriores. As buscas chegaram a 1,5 milhão a mais (SÉRIE..., 2017).

Ainda sobre o estudo realizado, este teria revelado que a maioria das pesquisas online se referia à ideia suicida, associada ao interesse e ao planejamento mental do suicídio. A expressão “como cometer suicídio” teve um aumento de 26% nas buscas, seguida por “pensamentos suicidas” e “citações sobre suicídio”. As expressões “cometer suicídio” e “como se matar” aumentaram 18% e 9%, respectivamente, no período. Por outro lado, a procura por termos ligados à prevenção, como telefones de centros de valorização da vida, também aumentou, cerca de 20%. O que significa que a série também pode ter dado sua contribuição para aumentar a discussão sobre o problema.

De fato, apesar de ser necessária a abordagem e diálogos sobre o fenômeno, há que se ter cuidado na maneira como o suicídio é exposto.

c) *Inevitabilidade do suicídio*

Acho que é possível prevenir o ato do suicídio, mas não o pensamento suicida [...] não é ‘falou, acabou!’ Não é porque falou que ninguém mais vai se matar... Mais ou menos isso, ter realmente alguém do lado para te manter, para tentar te botar pra cima. (Ciclo básico, discente T26).

Tem vários âmbitos, é porque as pessoas veem o suicídio e tentam colocar num quadrado. Tem momentos que eu diria que é possível, e tem momentos que eu diria que não é possível [...] eles vão acontecer, eles vão acontecer mais cedo ou mais tarde. (Ciclo clínico, discente T24).

Contra-pondo-se às duas subcategorias anteriores, temos a subcategoria *Inevitabilidade do suicídio*, onde dois estudantes justificam que em alguns casos o suicídio vai ocorrer independente das ações para evitá-lo.

Conforme Sadock e Sadock (2007, p. 979), alguns pacientes

[...] experimentam sofrimento tão grande e intenso ou tão crônico e irresponsivo a tratamentos que seus eventuais suicídios podem ser entendidos como inevitáveis. Felizmente, esses pacientes são raros. Outros têm transtornos de personalidade graves, são altamente impulsivos e cometem suicídio de forma espontânea, em geral quando disfóricos ou intoxicados ou ambos.

O questionamento *Houve ou há algum preparo na sua formação acadêmica para lidar com o suicídio?* gerou a categoria ***Formação acadêmica para abordagem do suicídio***.

5.3.25 *Formação acadêmica para abordagem do suicídio*

	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Total
SIM	01	01	02
NÃO	07	07	14

Fonte: elaborada pelo autor

Os discentes citaram que a maioria dos professores volta suas atenções à formação teórica apenas, mas não teriam demonstrado nenhum olhar voltado ao sofrimento pessoal dos estudantes. Todos os discentes falaram em ações extracurriculares, e apenas um de cada ciclo citou momentos teóricos na grade curricular. Tal fato reforça a necessidade de formação especificamente pedagógica para tais docentes.

Vale destacar que um discente do ciclo básico externalizou um caso de colega de sala que tentou suicídio durante o curso, e nada teria sido comentado ou abordado, pois segundo afirma, “teve um *bullying*... falta um preparo melhor” (discente T29). Nesse aspecto, Cassorla (2018, p. 104) reforça que “Médicos, professores e todos os profissionais que lidam com seres humanos devem ser capazes de identificar ideias suicidas”. Ele destaca a necessidade de se averiguar e abordar com cuidado tais indivíduos em risco.

5.3.26 *Sentimento(s) ao responder ao questionário*

Sentimento	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Total
Bem	4	0	4
Reflexivo	2	3	5
Bem e reflexivo	1	3	4
Tranquilo e reflexivo	1	0	1
Bem, reflexivo, feliz e satisfeito em poder ajudar	0	1	1
Resistente, incomodado e reflexivo	0	1	1

Fonte: elaborada pelo autor

A categoria *Sentimento(s) ao responder o questionário* traz os afetos suscitados durante a participação dos discentes na F2 desta pesquisa, no qual a maioria demonstrou gratidão ao contribuir com a pesquisa e a totalidade dos entrevistados declarou o despertar de reflexões. Um discente, no entanto, sentiu-se incomodado e resistente ao responder o instrumento, apesar de também reflexivo, ao falar de questões pessoais que envolvem o ato.

6 CONCLUSÃO

Precisamos resolver nossos monstros secretos, nossas feridas clandestinas, nossa insanidade oculta. (Michel Foucault)

Essa dissertação traz à tona uma questão importante, real e preocupante, que não podemos negar ou minimizar: comportamentos autodestrutivos e ideação suicida se fazem presentes nos acadêmicos de medicina. Estudantes estes que detém, *a priori*, uma expectativa por parte da população em geral de serem os guardiões da vida, aqueles que deveriam ser modelos de vitalidade e que teriam o poder de evitar doenças, dirimir sofrimentos e produzir saúde. Isso se mostra como um problema que deve ser abordado para desenvolvermos estratégias em favor da valorização da vida e diminuição do adoecimento nestes acadêmicos.

Compreendemos após as análises que há uma via de mão dupla relacionando ideação e comportamentos suicidas com satisfação com a vida em seus diversos domínios, nos acadêmicos de medicina. Ou seja, tanto fatores individuais já presentes em uma parte dos discentes interfere nos mecanismos de adaptação e enfrentamento, como, por outro lado, as características da faculdade guarnecem os acadêmicos de um palco no qual poderão emergir diversos tipos de sofrimento mental, potencialmente culminando em comportamentos autodestrutivos. Os fatores individuais estão associados a uma maior resiliência ou vulnerabilidade aos aspectos inerentes do curso, e estes aspectos, por sua vez, caracterizam-se por intensa competitividade, conteúdo excessivo em tempo mínimo, falta de preparo dos professores (que não possuem formação pedagógica), estímulo ao afastamento da família além do próprio contato com adoecimento e morte.

Revelou-se que o estudante muda de forma bastante radical seu estilo de vida ao ingressar na faculdade, com o intuito de se adaptar ao novo contexto, e isso sem haver tempo hábil para uma maturação saudável. Por outro lado, observamos também que experiências de vida e traços da própria personalidade são fatores motivacionais importantes para comportamentos suicidas nessa população.

Encontramos que os estudantes sofreram influência do curso em seus níveis de satisfação com a vida principalmente na passagem do ciclo básico ao ciclo clínico, quando passam a lidar diretamente com o ser humano pensante e semelhante a ele próprio, vivenciando

a partir de então uma ruptura nas suas fantasias de onipotência e passando a sofrer a demanda excessiva por serem infalíveis, que parte da própria população alvo de seu cuidado.

Também em relação ao ambiente de convívio e consigo mesmo, constatamos que passam a desvalorizar questões pessoais, como relacionamentos, lazer, atividades de bem estar e socialização em detrimento apenas da vida focada na universidade. Isto se reflete também na dimensão familiar, pois passam a naturalizar a distância dos entes queridos e dos laços familiares sob a justificativa de que há algo mais importante a se fazer: priorizar os estudos.

Nessa mesma linha, os amigos passam a ser apenas aqueles da própria faculdade, e qualquer ruptura nesses laços já fragilizados pela excessiva competitividade se torna motivo de um sofrimento insuportável.

Tudo isso se reflete no surgimento de condutas autopunitivas, mesmo que inconscientes, que são alimentadas por aspectos revelados nas próprias falas dos acadêmicos. Encontramos relatos de cinco tentativas de suicídio e identificamos motivações diversas, confirmando que ideação e tentativa de suicídio são fenômenos complexos e multifatoriais. Tais tentativas abalaram as turmas em que ocorreram, e puseram à prova a força dos laços de amizade que ali se instituíram, ao ser constatado que a grande maioria sentiu-se afetada por tais atos, passando inclusive a voltar suas atenções para si próprio incentivando posturas e condutas que pretendiam modificar estilos de vida.

A Universidade enquanto instituição de ensino é um local constituído por pessoas que trabalham e estudam, onde surgem e são fortalecidos laços de amizade e respeito, e que podem ter impacto na vida e na construção de um mundo melhor.

Evidenciamos que os períodos críticos do curso de medicina se mostraram em duas grandes fases: logo no início, quando o estudante tem suas expectativas frustradas em relação à fantasia criada anos antes de adentrar a faculdade, e não consegue lidar com as bruscas mudanças que a nova etapa exige de forma frenética; e na fase em que passa a ter que lidar com o ser humano adoecido (últimos semestres do ciclo clínico).

Isso posto, o presente trabalho se mostra relevante como instigador, evidenciando uma realidade até então ainda pouco explorada, e que gera reflexões sobre a necessidade de assistência aos alunos, com o intuito de garantir uma melhor qualidade não somente da formação profissional dos mesmos, mas de sua própria satisfação com a vida, pois não se consegue cuidar de outrem quando se está adoecido.

Isso reflete diretamente em aspectos de humanização, empatia, cuidado com o outro, atenção integral e luta pela promoção da saúde e valorização da vida, que são dimensões

fundamentais para um bom exercício profissional na Estratégia Saúde da Família e na saúde pública em geral. Do contrário, corre-se o risco de objetificar demasiadamente o ser humano, não sendo possível a integralidade do cuidado.

Reconhecemos como fragilidade deste estudo uma baixa adesão por parte dos discentes na fase quantitativa. Evidenciamos, após aplicação de testes estatísticos, que somente foi encontrado diferença estatisticamente significativa em relação às medidas de satisfação com a vida na dimensão *faculdade/curso*, comprovando que há uma redução nas medidas de satisfação com a progressão dos semestres. De resto, as diferenças encontradas nos outros domínios foram sugestivas de aleatoriedade.

Porém, com a triangulação, utilizando-se os achados na fase posterior (qualitativa), inferimos que o caráter aleatório da suposta diferença seria refutado caso aumentássemos a amostra estatística. Destacamos a importância da **fala**, em detrimento do silêncio da dor que se faz presente e se torna naturalizado. Durante as entrevistas, foi perceptível tanto na linguagem não-verbal como em muitas falas, que aquele momento de expressão fora único e importante para a maioria dos discentes, que declararam ser inexistente a possibilidade de expressar abertamente, no curso, suas angústias, medos e sentimentos sobre seus sofrimentos e ideias.

Apesar dos pressupostos de que nos depararíamos com a identificação de motivações para o autoextermínio ou mesmo tentativas de suicídio durante esta pesquisa, nos surpreendemos ao constatar o quão intenso e frequente é o sofrimento presente na vida dos estudantes; o que nos leva à conclusão da necessidade proeminente de dialogar de forma amplificada sobre esta temática. Nesse contexto, urge uma mudança no corpo docente, na instituição tal qual ela está estruturada, incluindo-se aqui o próprio projeto pedagógico para que, juntamente com a mudança que se faz indispensável na sociedade em geral, enfrentemos e revejamos os valores enraizados que influenciam na relação com o fenômeno suicídio.

Consideramos importante, como estratégia de prevenção, a montagem de um programa de atendimento para os estudantes, incluindo facilidade no agendamento e acesso, equipe interprofissional especializada para o suporte necessário nas situações de crise e possibilidade de acompanhamento ambulatorial nas diversas modalidades (não intensivo, semi-intensivo e intensivo).

Faz-se necessário, também, estratégias de capacitação permanente dos docentes sobre o fenômeno, tanto para identificação como para ações efetivas que contribuam com a redução do sofrimento mental dos acadêmicos de medicina. Ações estas que, sugerimos, envolveriam estímulos à valorização da vida do estudante, diminuição do incentivo à

competitividade dentro da academia, discussões de estratégias de organização do tempo de estudo e o desenvolvimento de atitudes saudáveis de enfrentamento dos problemas estressantes, que serão úteis até durante o momento do exercício da profissão, *a posteriori*. Isso trará possibilidades de resiliência perante as dificuldades inerentes do curso, com o vislumbre, pelo discente, de outras opções que não a morte.

No âmbito geral, destacamos a importância de uma divulgação responsável, sensível e ponderada sobre a temática suicídio pela mídia, no intuito de combater o estigma da doença mental e promover a ideia de que o suicídio é um problema de saúde pública que necessita de ação de toda a sociedade.

Infelizmente, não podemos garantir que as sugestões aqui apontadas terão efeito positivo em todos os casos, no sentido de uma prevenção do ato; no entanto, acreditamos que esse seja um passo no caminho a ser trilhado rumo a uma maior valorização da vida do estudante de medicina. Dispara-se a necessidade de todos caminharmos de mãos dadas junto à promoção da qualidade de vida dos sujeitos, de suas satisfações com a vida e consequente prevenção do suicídio. De fato, somente pela pesquisa não são consolidadas mudanças. É preciso existir intervenções, ações e políticas com essa finalidade.

REFERÊNCIAS

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de classificação econômica Brasil**. 2008. Disponível em: <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=07>> Acesso em: 20 fev. 2018.
- ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. **Suicídio: informando para prevenir**. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014.
- ALMEIDA, A. F. Efeito de Werther. **Análise Psicológica**, p. 37-51, 2000. Disponível em: <<http://www.brasilemviolencianamidia.org.br/>>. Acesso em: 10 mai. 2018.
- ALVAREZ, A. **O Deus Selvagem: um estudo do suicídio**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. 287 p.
- ANDRADE, A. G *et al.* Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do estado de São Paulo. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 117-26, out./dez. 1997.
- AQUINO, M. T. Saúde Mental do Estudante de Medicina. *In*: NARDI, A. E.; SILVA, A. G.; QUEVEDO, J. L. (org). **PROPSIQ Programa de Atualização em Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2018, p. 115-162.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.
- BARROS, L. P. *et al.* Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale: translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 36, n. 1, jan./mar. 2014.
- BARROS, L. P. **Relações entre qualidade de vida e ideação suicida em adolescentes**. 2013. 133 f. Tese (Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento), Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2013.
- BARROS, L. P. **Tradução, adaptação transcultural para o português do Brasil e validação semântica da Multidimensional Students' Life satisfativo Scale**. 2008. 71f. Dissertação (Mestrado em Hebiatria) – Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, Universidade de Pernambuco- UPE, Recife, 2009.
- BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 189-217.
- BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. 17 p.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T.; GONÇALVES, M. B. Transtornos emocionais e a formação em medicina: um estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Maringá, v. 33, n. 1, p. 10-23, jan./mar, 2009.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, Milão, v. 1, n. 3, p. 181-5, out. 2002.

BERTOLETE, J. M. **O Suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora UNESP, 2012. 144 p.

BERZINS, M. V.; WATANABE, H. A. W. Falar de suicídio é também falar da vida e da qualidade de vida. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1959-1961, agosto, 2012.

BLOC, A. “**13 Reasons Why**”: microfraturas sociais e romantização do suicídio. 2017. Disponível em: <<http://blogs.opovo.com.br/cinemaas8/2017/04/10/13-reasons-why-microfraturas-sociais-e-romantizacao-do-suicidio/>>. Acesso em: 05 out. 2019.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015. 348 p.

BOTEGA, N. J.; SILVEIRA, I. V.; MAURO, M. L. F. **Telefonemas na crise**: percursos e desafios na prevenção do suicídio. Rio de Janeiro: Editora ABP, 2010. 89 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.

BRITTON, P. C. *et al.* Basic Psychological Needs, Suicidal Ideation, and Risk for Suicidal Behavior in Young Adults. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, Nova Iorque, v. 44, n. 4, p. 362 – 371, ago. 2014.

CABRAL, J. F. P. Sobre o suicídio na sociologia de Émile Durkheim. **Brasil Escola**. 2018. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/filosofia/sobre-suicidio-na-sociologia-Emile-durkheim.htm>>. Acesso em: 03 fev. 2018.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CASSORLA, R.M.S. **O que é suicídio**. São Paulo: Abril Cultural – Brasiliense, 1985. 101 p.

CASSORLA, R. M. S. **Suicídio**: Fatores inconscientes e aspectos socioculturais. Uma introdução. 1. ed. São Paulo: Editora Edgard Blücher LTDA, 2018. 112 p.

CATALDO NETO, A. *et al.* O estudante de medicina e o estresse acadêmico. **Revista Científica - Escola de Medicina - PUCRS**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 6-12, jan./mar. 1998.

COLES, C. Introduction: medicine and Stress. **Medical Education**, United Kingdom, v. 28, p. 3-4, jan. 1994.

CUETO, M. **Saúde Internacional e as origens da OMS**. Palestra. Encontro às quintas. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: <<http://www.coc.fiocruz.br/index.php/todas-as-noticias/>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

CVV. Centro de valorização da vida. **História do setembro amarelo**. São Paulo, 2016. Disponível em < <http://www.setembroamarelo.org.br/>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

DEL PRIORE, M.; AMANTINO, M. (org). **História do corpo no Brasil**. 1. ed. São Paulo: UNESP, 2011. 567 p.

DIÁRIO DO NORDESTE. **UFC vai adotar Enem como fase única**. 2010. Disponível em: <<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/metro/ufc-vai-adotar-enem-como-fase-unica-1.748973>>. Acesso em: 16 mar. 19.

DOXSEY, J. R.; DE RIZ, J. **Metodologia da pesquisa científica**. ESAB – Escola Superior Aberta do Brasil, 2002-2003.

DURKHEIM, E. **O suicídio, estudo de Sociologia**. 1ª. ed. São Paulo: EDIPRO, 1897/2014.

DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. 2, p. 371-378, mês, 2002.

DUTRA, E. Ideação e tentativa de suicídio entre estudantes de Medicina da UFRN e profissionais de saúde da rede pública de Natal. *In*: BORGES, L. O. (Org.). **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 281-298.

DUTRA, E. M. S. Ideação e tentativa de suicídio entre estudantes de Medicina em uma capital do nordeste do Brasil. *In*: II CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA XVII JORNADAS DE INVESTIGACIÓN SEXTO ENCUENTRO DE INVESTIGADORES EN PSICOLOGÍA DEL MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina. **Anais do II Congresso Internacional de investigação y práctica profesional en psicología XVII Jornadas de investigación sexto encuentro de investigadores en psicología del Mercosur**, Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2010a.

DUTRA, E. Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 924-937, dez. 2012.

DUTRA, E. Suicídio no Brasil: estratégias de prevenção e intervenções. *In*: HUTZ, C. S. (org). **Avanços em Psicologia Comunitária e intervenções psicossociais**. SP: Casa do Psicólogo, p. 223-264, 2010b.

ERDOGAN, B. *et al*. Whistle while you work: a review of the life satisfaction literature. **Journal of Management**. [S.l], v. 38, n. 4, p. 1038-1083, 2012.

FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B. S. G. Comportamentos autodestrutivos, subprodutos da pós-modernidade? **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 24, n. 47, p. 35-44, out./dez. 2006.

FERGUSON, David M. *et al.* Life satisfaction and mental health problems (18 to 35 years). **Psychological medicine**, Christchurch, v. 45, p. 1-10, ago. 2015.

FIEDLER, P. T. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**. 2008. 308f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FONTELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. Trabalho realizado no Núcleo de bioestatística aplicado à pesquisa da Universidade da Amazônia - UNAMA. Brasil, 2009. Disponível em: < <https://cienciassaude.medicina.ufg.br/>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. *In*: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 25. ed. São Paulo: Graal, 1979/2012. Capítulo V, p. 143-170.

FRAZER, J.G. **The Golden Bough**. Londres: Edição resumida, 1960. 756 p.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999. 220 p.

GUILLOM, C.; LE BONNIEC, Y. **Suicídio: Modo de usar**. São Paulo: EMW Editores, 1984. 233 p.

HUEBNER, E. S. Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. **Psychological Assessment**, Washington, DC., v. 6, n. 2, p. 149-58, jun. 1994.

HUSSEIN, A. The use of Triangulation in Social Sciences Research: Can qualitative and quantitative methods be combined? **Journal of Comparative Social Work**. Norway, v. 1, p. 1-12, set. 2009.

HUTZ, C. S. (org). **Avanços em psicologia comunitária e intervenções psicossociais**. 1. ed. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2010. 326p.

JACQUES, M. G. C.; CODO, W. (org.). *et al.* **Saúde Mental e Trabalho: Leituras**. 5. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2011. 420 p.

JOHAL, D. S.; SHARMA, M. Suicide Ideation and Life Satisfaction among Adolescents: A Correlational Study. **International Organization of Scientific Research - Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 23-28, 2016.

JUNG, C. G. **Memórias, sonhos e reflexões**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 424p.

KREITMAN, N. *et al.* Attempted suicide in social networks. **British Journals of Preventive and Social Medicine**, England, v. 23, p. 116-123, may, 1969.

LIPPI, J. R. S. Visão Multidimensional da Saúde Mental do Médico. *In*: NARDI, A. E.; SILVA, A. G.; QUEVEDO, J. L. (org). **PROPSIQ Programa de Atualização em Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2016, p. 9-78.

LOPES, F. H. Do suicídio e dos corpos: histórias e problematizações. *In*: DEL PRIORE, M.; AMANTINO, M. (org). **História do corpo no Brasil**. 1. ed. São Paulo: UNESP, 2011, cap. 9, p. 251-282.

LUCCHETTI, G. *et al.* Cross-cultural Differences in Mental Health, Quality of Life, Empathy, and Burnout between US and Brazilian Medical Students. **Academic Psychiatry**, Washington, v. 42, n. 12, p. 62-67, fev. 2017.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 45-54, mar. 2015.

MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 2, abr./jun. 1998.

MESQUITA, A. M.; LARANJEIRA, R.; DUNN, J. Psychoactive drug use by medical students: a review of the national and international literature. **Medical**, São Paulo, v. 115, n. 1, p. 135-65, jan-fev. 1997.

MILLAN L. R. *et al.* Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. **Revista Abp-Abal.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 137-142, out./dez. 1991.

MILLAN, L. R. O curso médico no Brasil. *In*: MILLAN, L. R. *et al.* (org). **O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas**. 1a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. Capítulo 2, p. 31-42.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, 408 p.

MYERSON, A. Eupathics - A program for mental hygiene. **The Journal of Abnormal Psychology**. Washington, v. 12, n. 5, p. 343-347, dec. 1917.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Estresse e Residência Médica. *In*: GUIMARÃES, K. B. S. **Saúde mental do médico e do estudante de medicina**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, v. 1, p. 113-119.

NUNES, F. D. D. *et al.* O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: Revisão integrativa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 15, p. 17-22, jun. 2016.

OLIVEIRA, E. N. *et al.* Aspectos epidemiológicos e o cuidado de enfermagem na tentativa de suicídio. **Revista Enfermagem Contemporânea**. Salvador/BA, v. 5, n. 2, p. 184-192, jul/dez. 2016.

OLIVEIRA, M. F. P.; ISMAEL, S. M. C. **Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia**. Campinas, SP: Papirus; 1995. 132 p.

OPPERMANN, M. Triangulation: a methodological discussion. **The International Journal of Tourism Research**. United Kingdom, v. 2, p. 141 -146, mar/abr. 2000.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da OMS/WHO (1946)**. Nova Iorque, EUA: 1946.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra, 2000.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial da Saúde **Prevenção do Suicídio**. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, Brasil: [s.n.], 2006. 76 p.

PAVOT, W. *et al.* Further Validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. **Journal of Personality Assessment**, Londres, v. 57, n. 1, p. 149-161, ago. 1991.

PÊCHEUX, M. Análise automática do discurso (AAD-69). *In*: Gadet F, Hak T, organizadores. **Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. 2. ed. Campinas: Ed Unicamp, 1993. p. 61-105.

PETRONE, L. **Qualidade de vida e doenças psicossomáticas**. São Paulo: Lemos, 1994. 78 p.

PHILLIPS, D. The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. **American Sociological Review**, New York, v. 39, p. 340-354, jun, 1974.

PHILLIPS, D. The Werther effect. Suicide, and other forms of violence, are contagious. **The Sciences**, [S.l.] v. 7/8, p. 32-39, jul./ago. 1985.

PINHEIRO, W. R. S. **Comportamento Suicida na Escola**. São Paulo: All Print Editora, 2015. 79 p.

POLI, A.; ROMANO, G. La Qualità della vita evoluzione del concetto di salute e strumenti della sua misurazione – Osservare per consoscere. Università di Verona, 2000. *In*: FIEDLER, P.T. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**. 2008. 308f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004. 456 p.

QUINTANA, A. M. et al. A angústia na formação do estudante de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 7 – 14, jan./mar., 2008.

REVISTA ÉPOCA. 2017. Série 13 Reasons Why estimulou ideias de suicídio, diz estudo. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/saude/check-up/noticia/2017/07/serie-13-reasons-why-estimulou-ideias-de-suicidio-diz-estudo.html>>. Acesso em: 12 out. 2019.

REZENDE, C. H. Alves. *et al.* Prevalência de Sintomas Depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 315-323, jul/set. 2008.

ROSENMAN RH *et al.* Coronary heart disease in the western collaborative group study: a follow-up experience of 412 years. **Journal of Chronic Diseases**, Chicago, v. 23, n. 3, p. 173-190, set. 1970.

ROTENSTEIN, L. S. *et al.* Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the American Medical Association – JAMA**, Chicago, v. 316, n. 21, p. 2214-2236, dez. 2016.

RUBIO, H. Relações entre qualidade de vida e estrutura de personalidade em pessoas deprimidas. **PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 58-85, 2002.

RUESCH, H. **No país das sombras longas**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1974. 204 p.

SÁ, N. N. B. *et al.* **Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio**, 2007. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/307>>. Acesso em: 09 jun 2018.

SÁ, N. N. B.; OLIVEIRA, M. G. C. *et al.* Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 20, n. 2, p. 145-52, jun. 2010.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Kaplan & Sadock - Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1584 p.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A; RUIZ, P. **Kaplan & Sadock - Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 1474 p.

SANTA, N. D.; CANTILINO, A. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 772-780, dez. 2016.

SILVA, L. M. A. **A corrente suicidógena de durkheim e suas relações com as manifestações da pulsão de morte na cultura em Freud e Lacan: um percurso preliminar a um diálogo possível**. 2007. 169f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

SILVA, L. M. A; COUTO, L. Flavio. A questão do suicídio: algumas possibilidades de discussão em Durkheim e na Psicanálise. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 57-67, dez. 2009.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 31-42.

SOUZA, N.R.; RASIA, J. M. Modelo de reação familiar ao suicídio. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 117-127, mai./ago. 2006.

TUZZO, Simone Antoniacci; BRAGA, Claudomilson Fernandes. O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 4, n. 5, p. 140-158, dez. 2016. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/38>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

VALOIS, R. F. *et al.* Life satisfaction and suicide among high school Adolescents. **Social Indicators Research**, [S.l.], v. 66, n. 1-2, p. 81-105, abr. 2004.

UFC. Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Sobral – CE: março de 2017. Disponível em: <www.medsobral.ufc.br>. Acesso em: 12 nov. 2017.

VEENHOVEN, R. How do we assess how happy we are? Tenets, implications and tenability of three theories. In: XX CONFERENCE ON NEW DIRECTIONS IN THE STUDY OF HAPPINESS: UNITED STATES AND INTERNATIONAL PERSPECTIVES, University of Notre Dame, USA. **Anais da XX Conference on new directions in the study of happiness: United states and international perspectives**, out. 2006. Disponível em: <http://bbzn.lt/wp-content/uploads/2011/05/How_do_we_assess_how_happy_we_are_Veenhoven_Ruut.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2018.

VENEU, M. G. **Ou Não Ser**. 1^a. ed. Brasília: Editora UnB, 1994. 133 p.

WALSH, F. **Processos normativos da família: diversidade e complexidade**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 608 p.

YOU, Z. *et al.* Effects of life satisfaction and psychache on risk for suicidal behaviour: a cross-sectional study based on data from Chinese undergraduates. **BMJ Open** [S.l.], v. 4, 2014. Disponível em <<http://bmjopen.bmj.com/content/4/3/e004096>>. Acesso em: 10 mar. 2018

ZONTA, R.; ROBLES, A. C. C.; GROSSEMAN, S. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000300005> Acesso em: 10 mar. 2018.

APÊNDICE A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Rafael Nobre Lopes

Gênero: masculino () feminino () Data de Nascimento: ____/____/____

Qual a cor da sua pele? Branca () parda () preta () outra () _____

Qual semestre você está cursando? _____

Já ficou de Avaliação Final (AF) alguma vez? Sim () Quantas vezes ? _____ Não ()

Já se afastou dos estudos por algum motivo? Não () Sim ()

Qual motivo do afastamento? _____

Você mora com: ambos os pais () somente o pai () somente a mãe () outro familiar ()
com pessoas que não são da família ()

Classificação socioeconômica:

Posse de itens no domicílio	Não tem	Tem (quantidade)			
		1	2	3	4
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/dvd	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Máquinas de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer*	0	2	2	2	2
Escolaridade do chefe de família					
Até 4º ano do Ensino Fundamental	0				
5º ano do Ensino Fundamental	1				
Ensino Fundamental completo	2				
Ensino Médio completo	4				
Ensino Superior completo	8				

Fonte: Adaptado de ABEP, 2008

**APÊNDICE B – MULTIDIMENSIONAL STUDENTS' LIFE SATISFACTION SCALE
(ADAPTED) (MSLSS-A)**

**ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE SATISFAÇÃO COM A VIDA EM ESTUDANTES (ADAPTADA)
(EMSVE-A)**

Gostaríamos de saber o que você tem pensado da vida nas últimas semanas. Pense sobre como você vive cada dia e depois pense sobre como sua vida tem sido na maior parte do tempo.

Aqui estão algumas perguntas que pedem para que você indique a sua satisfação com a vida. Circule o número (de 1 a 6) junto de cada frase para mostrar o quanto você concorda ou discorda com cada frase. É importante saber o que você REALMENTE pensa então, por favor, responda às perguntas de acordo com o que você realmente sente, e não como você acha que deveria estar sentindo.

Isto NÃO é um teste. NÃO existem respostas certas ou erradas. Suas respostas NÃO vão mudar suas notas e ninguém vai saber suas respostas.

Circule 1 se você DISCORDA TOTALMENTE da frase

Circule 2 se você DISCORDA MODERADAMENTE da frase

Circule 3 se você DISCORDA UM POUCO da frase

Circule 4 se você CONCORDA UM POUCO com a frase

Circule 5 se você CONCORDA MODERADAMENTE com a frase

Circule 6 se você CONCORDA TOTALMENTE com a frase

	DISCORDA TOTAL- MENTE	DISCORDA MODERADA- MENTE	DISCORDA UM POUCO	CONCORDA UM POUCO	CONCORDA MODERADA- MENTE	CONCORDA TOTAL- MENTE
1. Meus amigos são legais comigo	1	2	3	4	5	6
2. Eu sou uma pessoa agradável de se ter por perto	1	2	3	4	5	6
3. Eu me sinto mal na faculdade	1	2	3	4	5	6
4. Tenho momentos ruins com meus amigos	1	2	3	4	5	6
5. Existem muitas coisas que eu posso fazer bem	1	2	3	4	5	6
6. Eu aprendo muito na faculdade	1	2	3	4	5	6
7. Eu gosto de passar meu tempo com meus pais	1	2	3	4	5	6

8. Minha família é melhor do que a maioria	1	2	3	4	5	6
	DISCORDA TOTAL- MENTE	DISCORDA MODERADA- MENTE	DISCORDA UM POUCO	CONCORDA UM POUCO	CONCORDA MODERADA- MENTE	CONCORDA TOTAL- MENTE
9. Existem muitas coisas na faculdade que eu não gosto	1	2	3	4	5	6
10. Eu acho que eu tenho boa aparência	1	2	3	4	5	6
11. Meus amigos são ótimos	1	2	3	4	5	6
12. Meus amigos vão me ajudar se eu precisar	1	2	3	4	5	6
13. Eu gostaria de não precisar ir para a aula nesta faculdade	1	2	3	4	5	6
14. Eu gosto de mim	1	2	3	4	5	6
15. Tem muitas coisas divertidas para fazer onde eu moro	1	2	3	4	5	6
16. Meus amigos me tratam bem	1	2	3	4	5	6
17. A maioria das pessoas gostam de mim	1	2	3	4	5	6
18. Eu gosto de estar em casa com a minha família	1	2	3	4	5	6
19. Minha família se dá bem	1	2	3	4	5	6
20. Eu aguardo ansiosamente para ir à aula na faculdade	1	2	3	4	5	6
21. Meus pais me tratam com justiça (de forma justa)	1	2	3	4	5	6
22. Eu gosto de estar neste curso (faculdade)	1	2	3	4	5	6
23. Meus amigos são maus comigo	1	2	3	4	5	6
24. Eu gostaria de ter amigos diferentes dos que eu tenho	1	2	3	4	5	6
25. Este curso (faculdade) é interessante	1	2	3	4	5	6

26. Eu tenho prazer nas atividades acadêmicas	1	2	3	4	5	6
27. Eu gostaria de morar em uma casa diferente	1	2	3	4	5	6
	DISCORDA TOTALMENTE	DISCORDA MODERADAMENTE	DISCORDA UM POUCO	CONCORDA UM POUCO	CONCORDA MODERADAMENTE	CONCORDA TOTALMENTE
28. Os membros da minha família conversam amavelmente uns com os outros	1	2	3	4	5	6
29. Eu me divirto muito com meus amigos	1	2	3	4	5	6
30. Meus pais e eu fazemos coisas divertidas juntos	1	2	3	4	5	6
31. Eu gosto do meu bairro	1	2	3	4	5	6
32. Eu gostaria de morar em outro lugar	1	2	3	4	5	6
33. Eu sou uma pessoa agradável	1	2	3	4	5	6
34. Esta cidade está cheia de pessoas más	1	2	3	4	5	6
35. Eu gosto de experimentar coisas novas	1	2	3	4	5	6
36. A casa da minha família é agradável	1	2	3	4	5	6
37. Eu gosto dos meus vizinhos	1	2	3	4	5	6
38. Eu tenho uma quantidade suficiente de amigos	1	2	3	4	5	6
39. Eu gostaria que houvesse pessoas diferentes na minha vizinhança	1	2	3	4	5	6
40. Eu gosto de onde eu moro	1	2	3	4	5	6

APÊNDICE C – ENTREVISTA ESTRUTURADA: ESTUDO SOBRE SUICÍDIO*

Responda às questões escolhendo aquelas alternativas que melhor descrevem o que você pensa ou sente (é possível escolher mais de uma opção). Caso não encontre resposta para a pergunta (negativa do questionamento), cite “não se aplica”.

1. O que você acha de sua faculdade? Boa () Ruim () Cansativa () Estressante ()
2. Qual a maior dificuldade que você enfrenta em seu curso de graduação?
 - () excessiva carga de conteúdo em tempo mínimo
 - () professores mal preparados
 - () relacionamento com professores
 - () relacionamento com colegas estudantes
 - () ausência da família
 - () aspectos inerentes ao curso, como lidar com a morte/doença
 - () outros
3. Para você, como é a vida do estudante de medicina?
4. Lidar ou trabalhar constantemente com a morte causa algum tipo de influência em sua vida? Qual?
5. Você considera que o curso de Medicina influencia na sua vontade de viver? Como?
6. Já sentiu vontade de morrer? Sim () Não ()
 - 6.a. Se respondeu afirmativamente acima, de que forma?
 - () morte natural
 - () acidentes
 - () se matando
 - () sendo morto
 - () outros
7. Você acha que a faculdade pode favorecer pensamentos autodestrutivos em sua vida? De que maneiras?
8. Você considera ter tempo livre suficiente? Sim () Não ()
9. Você considera ter horas suficientes de lazer? Sim () Não ()
10. Você considera ter horas suficientes de sono? Sim () Não ()
11. Você considera ter boa concentração durante as atividades da faculdade? Sim () Não ()
12. Você está feliz com sua vida afetiva? Sim () Não ()
13. Você já se sentiu humilhado(a) ou maltratado(a) em atividades do curso de medicina?
 - Sim () Não ()

14. Você considera que o consumo de álcool piora a sua qualidade de vida?

Sim () Não () Não consumo álcool ()

15. Você considera que o uso de drogas piora sua qualidade de vida?

Sim () Não () Não consumo drogas ()

16. Para você, o suicídio é:

17. Você tem pensado em cometer ou tentado o suicídio **nas últimas 4-6 semanas?** (Caso não, passe às questões 20 em diante. Caso sim, responda às questões 18 e 19).

() sim () não

18. Que situação você identifica como fator precipitante direto de sua ideação/tentativa de suicídio **nas últimas 4-6 semanas?**

- () dificuldades financeiras () problemas familiares () problemas amorosos
 () conflitos com a sexualidade () dificuldades nos relacionamentos interpessoais
 () dificuldades na faculdade ou nos estudos () distúrbios psiquiátricos
 () não se sentir pertencente ou identificado a nenhum grupo () escolhas existenciais
 () todos () outros () não se aplica

19. **Nas últimas 4-6 semanas**, você procurou ajuda?

- () com a família () tratamento psiquiátrico () psicológico
 () médico (exceto psiquiatra) () amigos () nenhum
 () outros

20. O que você acha que pode levar alguém a cometer suicídio? (responda apenas se nunca teve pensamento/tentativa de suicídio).

- () dificuldades financeiras () problemas familiares () problemas amorosos
 () conflitos com a sexualidade () dificuldades nos relacionamentos interpessoais
 () dificuldades na faculdade ou nos estudos () distúrbios psiquiátricos
 () não se sentir pertencente ou identificado a nenhum grupo () escolhas existenciais
 () todos () outros

21. Que sinais você considera que poderiam indicar um possível ato de suicídio? (responda apenas se nunca teve pensamento/tentativa de suicídio).

- () tristeza () alteração comportamental () falar em morrer
 () depressão () ansiedade () desesperança
 () desespero () comportamentos agressivos/hostis
 () todos () outros

22. Ao ter contato com algum indivíduo suicida (seja paciente, seja conhecido ou mesmo notícia na mídia), eu me sinto:

- indiferente resistente à tentativa de compreensão incomodado
 bem reflexivo identificado (identifico-me com o mesmo)
 não sinto nada outro

23. O contato com indivíduos suicidas causa algum tipo de influência em sua vida? Como?

24. Na sua opinião, é possível prevenir o suicídio? Como ?

25. Houve ou há algum preparo na sua formação acadêmica para lidar com o suicídio?

- sim não

26. Como você se sentiu ao responder este questionário?

- indiferente resistente incomodado bem reflexivo
 outro

Agradecemos sua valiosa colaboração!

***Inspirado por/adaptado de “Questionários – Estudos do Suicídio”, do Grupo de Estudos Subjetividade e Desenvolvimento Humano - UFRN Profa. Dra. Elza Dutra, com a devida permissão da autora.**

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) participante,

Como aluno do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, gostaria de fazer o convite para participar da presente investigação científica sobre Ideação e Comportamento Suicida na Faculdade de Medicina – Campus da UFC – Sobral. A pesquisa está sendo conduzida sob a orientação da Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira, e tem como objetivo analisar a associação entre comportamento suicida e satisfação com a vida nos acadêmicos de medicina.

Nesse sentido, solicitamos sua colaboração na participação dessa pesquisa aceitando responder aos questionários que a compõem, através dos quais serão investigados sentimentos em relação à sua vida, situações de risco e enfrentamento dessas situações em sua relação com o curso de graduação em medicina.

Você tem o direito de não participar dessa pesquisa, se assim o desejar, mas seria importante sua participação, visto que os resultados desta pesquisa serão utilizados como base para o desenvolvimento de estratégias para prevenção do suicídio e promoção da qualidade de vida dos sujeitos, além de trazer benefícios para o desenvolvimento científico.

Sobre riscos e desconfortos: os procedimentos usados serão questionários adaptados aos discentes, podendo vir a oferecer riscos caso se sintam constrangidos em respondê-los. Tais riscos poderão compreender: sentimento de invasão de privacidade ao responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade; possibilidade de revitimização e perda do autocontrole e da integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados; medo de sofrer discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, mesmo que não identificado, assim como da divulgação de dados confidenciais. As potenciais fragilidades, patologias ou mesmo singularidades, ainda que temporárias ou circunstanciais, que possam predispor a alguma afetação produzida pela pesquisa também serão ativamente avaliadas, com a adoção de medidas adequadas para preveni-las, minimiza-las ou mesmo remedia-las, quais sejam: condução das entrevistas em local reservado e liberdade para não responder questões que o entrevistado considerar constrangedoras; habilidade no método da coleta dos dados, estando atentos a sinais verbais e não-verbais de desconforto; assim como a confidencialidade e privacidade, proteção da imagem e não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo de pessoas ou comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio econômico e/ou financeiro. Caso isso ocorra, o participante poderá desistir e se recusar a respondê-los em qualquer momento da pesquisa. Os dados serão apresentados na Universidade Federal do Ceará, respeitando o caráter confidencial das identidades. Será garantido que sua participação ficará no anonimato e não será divulgado o seu nome.

Serão respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – MS (BRASIL, 2012). Sua participação não lhe trará riscos à saúde, nem mesmo risco de receber advertência por ter participado ou não. Tudo ocorrerá em sigilo. Em caso de dúvidas, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, situado à Avenida Dr. Guarany, n° 317 - Centro de Ciências da Saúde, Derby – Sobral/Ceará, telefone: (88) 3677-4255 ou o pesquisador Rafael Nobre Lopes na Av. Astolfo Menescal, 569, Casa 8, Jer Medeiros Prado - Sobral/Ceará, telefone: (88)9.9322.2978.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador

Assinatura da Orientadora

Termo de Consentimento Pós-informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo cujo título é “Ideação e Comportamento Suicida em Universitários de Medicina”, realizado pelo pesquisador Rafael Nobre Lopes, sob a orientação da Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira, compreendi seus propósitos e concordo em participar da pesquisa, não me opondo a responder as perguntas da entrevista e, também, que em qualquer momento da pesquisa posso tirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral, _____ de _____ de 2018.

Ciente: _____
Assinatura do Sujeito

Assinatura do Pesquisador

Assinatura da Orientadora

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VOZ QUE DEVE SER OUVIDA: IDEAÇÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA EM UNIVERSITÁRIOS DE MEDICINA

Pesquisador: RAFAEL NOBRE LOPES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 97050718.4.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.056.520

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação apresentado ao Curso de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Trata-se de um estudo quantitativo-qualitativo com análise através da triangulação de dados, realizado em três etapas. O cenário do estudo será a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral. A amostragem da F1 será do tipo aleatória, com base no quantitativo de alunos por semestre, admitindo-se como critérios de inclusão: idade acima de 18 anos, independente de gênero; estar regularmente matriculado e frequentando atividades acadêmicas formais no período da coleta de dados e que aceitem participar da pesquisa através da assinatura do TCLE. Serão excluídos da pesquisa os alunos com algum grau de deficiência mental ou transtorno mental, além daqueles que não estiverem regularmente matriculados ou ausentes por motivos diversos (férias, afastamento por doenças, etc.).

Para a Fase 2 (qualitativa), serão selecionados 30 (trinta) acadêmicos, levando em consideração as menores pontuações obtidas na escala auto-aplicada na F1. Ressalta-se que, para a pesquisa qualitativa, o pesquisador seleciona os sujeitos de acordo com o problema da pesquisa. Serão utilizados três instrumentos de coleta. O primeiro compõe-se de uma Ficha de Identificação (Apêndice A) – que contém informações sobre idade, gênero, cor da pele, nível de reprovação, afastamento anterior dos estudos, estrutura familiar e com quem reside, grau de instrução dos pais e classificação socioeconômica. O segundo instrumento será uma versão adaptada da Escala

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

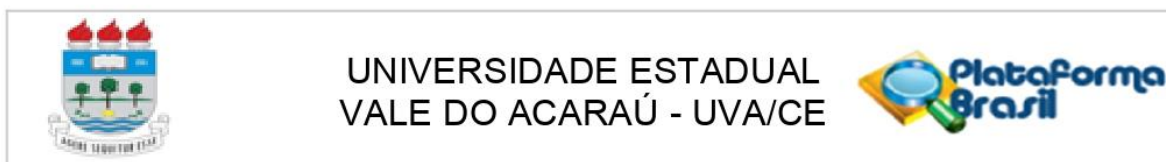
UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.056.520

Multidimensional de Satisfação com a Vida em Estudantes (MSLSS) (HUEBNER, 1994; BARROS, 2009). O terceiro instrumento, a ser utilizado na fase qualitativa (F2) da pesquisa, compreende uma Entrevista semiestruturada elaborada pelos autores desta pesquisa, adaptada do questionário já patenteado na UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte e elaborado originalmente por Elza Maria Socorro Dutra, doutora em psicologia clínica pela Universidade de São Paulo e Pós-doutora pela UFF-RJ, com a devida anuência da autora. Os dados da F1 serão analisados à luz da estatística descritiva e inferencial, em relação às variáveis sócio demográficas (ficha de identificação) e níveis de satisfação com a vida (MSLSS adaptada), com cálculos de frequência e categorização da satisfação dos estudantes baseados no cálculo das médias. Para os dados da fase 2 será utilizada a análise de conteúdo de Bardin. Na fase 3 propõe-se relacionar a análise estatística (F1) com a análise de conteúdo (F2), compondo o processo de triangulação na análise dos dados e objetivando uma compreensão mais profunda do fenômeno pesquisado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a associação entre comportamento suicida e satisfação com a vida em estudantes de graduação em medicina de uma universidade pública da região norte do Ceará.

Objetivo Secundário:

- * Caracterizar os estudantes quanto à satisfação com a vida de forma global e nos domínios faculdade, famílias, amigos, consigo mesmos e ambiente de convívio;
- * Identificar e caracterizar a presença de comportamento suicida (ideação suicida, planejamento e tentativas) nestes estudantes;
- * Descrever o contexto e os períodos críticos do curso de graduação em medicina, relacionando as medidas de satisfação com a vida nestes períodos com comportamento suicida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos descritos pelo pesquisador:

Os riscos do estudo serão declarados aos participantes, e poderão compreender: sentimento de invasão de privacidade ao responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade; possibilidade de revitimização e perda do autocontrole e da integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados; medo de sofrer discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, mesmo que não identificado, assim como da divulgação de dados confidenciais. As potenciais fragilidades, patologias ou mesmo singularidades, ainda que temporárias ou circunstanciais, que possam

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.056.520

predispor os participantes a alguma afetação produzida pela pesquisa também serão ativamente avaliadas, com a adoção de medidas adequadas para preveni-las, minimiza-las ou mesmo remedia-las. Para tal, nos comprometemos a minimizar desconfortos, providenciando local reservado e liberdade para não responder questões que o entrevistado considerar constrangedoras.

Asseguramos habilidade no método da coleta dos dados, estando atentos a sinais verbais e não-verbais de desconforto; assim como a confidencialidade e privacidade, proteção da imagem e não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo de pessoas ou comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio econômico e/ou financeiro.

Os benefícios pontuados são:

Beneficiar os acadêmicos participantes do estudo por meio de atitudes que promovam seu bem-estar garantindo a prevenção de riscos que possam ocorrer no decorrer da pesquisa; garantiremos o acesso aos resultados e, também, a não violação e integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras). Ademais, assumimos a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

O presente trabalho justifica-se pela alta prevalência de ideação suicida e atos suicidas entre estudantes universitários dos cursos de medicina no Brasil, constatado pela revisão dos estudos publicados nos últimos 10 anos no território nacional (o que leva a duas hipóteses: ou há padrões mal adaptativos ou há sintomas de sofrimento mental); assim como pela escassez de tais estudos especificamente no Nordeste, apesar de ser inegável

a configuração da condição como um problema de saúde pública. O trabalho vem ajudar a suprir uma lacuna na literatura nacional, onde há poucas pesquisas relacionando ideação e comportamento suicida com medidas de satisfação com a vida em estudantes.

Este estudo, portanto, mostra-se relevante nos campos: educacional, à medida que avalia indiretamente a qualidade da formação acadêmica dos sujeitos participantes e de suas instituições formadoras; social, frente à importância dos dados epidemiológicos demonstrados; e político-econômico, à medida em que serve como material para futuro desenvolvimento de tecnologias leves na promoção da saúde e prevenção de agravos. Possui,

assim, relação com a linha de pesquisa Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família em nível de Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, pois oferece uma visão sobre o estado de saúde psicológica e satisfação com a vida dos alunos desta instituição. Senão vejamos: não há como se formar profissionais de saúde capacitados em suas habilidades, atitudes

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.056.520

e conhecimento cognitivo sem antes cuidar de sua saúde mental e qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, com temática estudada ainda de forma incipiente, que proporcionará um importante estudo na área da saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios em conformidade.

Recomendações:

Enviar relatório final da pesquisa a este CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1184197.pdf	01/11/2018 11:37:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_RAFAEL_NOBRE_LOPES.docx	01/11/2018 11:36:35	RAFAEL NOBRE LOPES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PESQUISA.pdf	01/11/2018 10:52:45	RAFAEL NOBRE LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Rafael_Nobre_Lopes.docx	01/11/2018 10:52:20	RAFAEL NOBRE LOPES	Aceito
Orçamento	Orcamento_Rafael_Nobre_Lopes.pdf	29/08/2018 11:19:01	RAFAEL NOBRE LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia_Rafael_Nobre_Lopes.pdf	29/08/2018 11:11:26	RAFAEL NOBRE LOPES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Rafael_Nobre_Lopes_Assinada.pdf	29/08/2018 10:52:50	RAFAEL NOBRE LOPES	Aceito

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com