



Universidade Federal do Maranhão
Agência de Inovação, Empreendedorismo, Pesquisa,
Pós-Graduação e Internacionalização
Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto
Mestrado Acadêmico



DESPERANÇA E IDEAÇÃO SUICIDA ENTRE
ANESTESIOLOGISTAS, NO BRASI. UM INQUÉRITO
ELETRÔNICO NACIONAL

DAYANE FERNANDES SOUSA

SÃO LUIS

2026

DAYANE FERNANDES SOUSA

**DESESPERANÇA E IDEAÇÃO SUICIDA ENTRE ANESTESIOLOGISTAS, NO
BRASIL. UM INQUÉRITO ELETRÔNICO NACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde do Adulto.

Área de Concentração: Saúde e metabolismo humano

Área de Pesquisa: Estudos clínicos e epidemiológicos em saúde do adulto

Orientador: Prof. Dr. João Batista Santos Garcia

Co-orientador: Prof. Dr. José Osvaldo Barbosa Neto

São Luís, MA

2026

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Fernandes Sousa, Dayane.

DESESPERANÇA E IDEAÇÃO SUICIDA ENTRE ANESTESIOLOGISTAS,
NO BRASIL. UM INQUÉRITO ELETRÔNICO NACIONAL / Dayane
Fernandes Sousa. - 2026.

67 p.

Orientador(a): João Batista Santos Garcia.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Saúde do Adulto/ccbs, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2026.

1. Desesperança; Ideação Suicida; Anestesiologistas;
Saúde Mental; Brasil. 2. Ideação Suicida. 3.
Anestesiologistas. 4. Saúde Mental. 5. Brasil. I.
Batista Santos Garcia, João. II. Título.

DAYANE FERNANDES SOUSA

**DESESPERANÇA E IDEIAÇÃO SUICIDA ENTRE ANESTESIOLOGISTAS, NO
BRASIL. UM INQUÉRITO ELETRÔNICO NACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde do Adulto.

A Banca Examinadora da Defesa de Mestrado, apresentada em sessão pública, considerou o candidato aprovado em: ____/____/____.

Prof. Dr. João Batista Santos Garcia (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. José Osvaldo Barbosa Neto (Co-orientador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. (Examinador externo)
IES ou PPG de fora do PPGSAD

Prof. Dr. ... (Examinador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. ... (Examinador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. ... (Suplente)
Universidade Federal do Maranhão

RESUMO

Introdução: Profissionais de saúde, especialmente anesthesiologistas, constituem grupo de risco elevado para comportamentos suicidas, combinando características ocupacionais específicas com acesso facilitado a meios letais. A anesthesiologia é uma especialidade médica que exige alta precisão técnica, tomada de decisões rápidas e atuação em ambientes de pressão constante. Os profissionais da área enfrentam características ocupacionais que potencializam vulnerabilidades psicológicas específicas. Compreender a prevalência e os fatores associados à desesperança e ideação suicida em anesthesiologistas é essencial para políticas públicas de prevenção e cuidado. **Objetivo:** Investigar a prevalência de desesperança e ideação suicida entre anesthesiologistas brasileiros, bem como identificar contextos demográfico, ocupacional e de saúde mental associados. **Materiais e métodos:** Trata-se de inquérito eletrônico nacional transversal e analítico. Foram coletados dados sociodemográficos, ocupacionais e clínicos de anesthesiologistas de todas as regiões brasileiras, aplicando-se a Escala de Desesperança de Beck (BHS) e a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI). Análises comparativas utilizaram testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Regressão logística binária em blocos hierárquicos identificou fatores de risco e proteção. **Resultados:** A amostra formada por 920 anesthesiologistas apresentou predomínio masculino (58,0%), idade média de 47,1±11,7 anos, predominância de gerações Millennials (48,4%) e Geração X (35,1%). A prevalência de desesperança foi de 37,1% (leve a grave). Dentre os avaliados, 23,0% exibiram ideação suicida entre níveis leve e grave. Relataram tentativa de suicídio 4,6% dos participantes. Desesperança esteve fortemente associada à ideação suicida ($p < 0,001$). Na regressão logística para ideação grave, fatores protetores foram: ter filhos (OR = 0,540; $p < 0,001$, redução de 46%) e ansiedade (OR = 0,580; $p = 0,047$). Fatores de risco incluíram: horas semanais > 60h (OR = 1,434; $p < 0,001$), condição psiquiátrica (OR = 2,876; $p < 0,001$) e depressão (OR = 2,219; $p = 0,003$). A curva ROC identificou ponto de corte BSI ≥ 5 com AUC = 0,89 (sensibilidade 81%, especificidade 79%) para predição de tentativa suicida. **Conclusão:** Este estudo identificou altas prevalências de desesperança e ideação suicida entre anesthesiologistas brasileiros. Fatores psiquiátricos, particularmente depressão, emergiram como preditores independentes. Paradoxalmente, ter filhos e presença de ansiedade atuaram como fatores protetores. Esses resultados reforçam a urgência de políticas institucionalizadas de suporte psicológico, redução de cargas horárias e programas de triagem periódica para prevenção do suicídio nessa população.

Palavras-chave: Desesperança; Ideação Suicida; Anesthesiologistas; Saúde Mental; Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Healthcare professionals, especially anesthesiologists, constitute a high-risk group for suicidal behaviors, combining specific occupational characteristics with easy access to lethal means. Anesthesiology is a medical specialty that demands high technical precision, rapid decision-making, and operation in environments of constant pressure. Professionals in this field face occupational characteristics that exacerbate specific psychological vulnerabilities. Understanding the prevalence and factors associated with hopelessness and suicidal ideation in anesthesiologists is essential for public policies of prevention and care. **Objective:** To investigate the prevalence of hopelessness and suicidal ideation among active Brazilian anesthesiologists, as well as to identify associated demographic, occupational, and mental health contexts. **Materials and methods:** This is a national cross-sectional and analytical electronic survey. Sociodemographic, occupational, and clinical data were collected from anesthesiologists from all Brazilian regions, applying the Beck Hopelessness Scale (BHS) and the Beck Suicide Ideation Scale (BSI). Comparative analyses used Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests. Binary logistic regression in hierarchical blocks identified risk and protective factors. **Results:** The sample, comprised of 920 anesthesiologists, showed a male predominance (58.0%), a mean age of 47.1 ± 11.7 years, and a predominance of Millennials (48.4%) and Generation X (35.1%). The prevalence of hopelessness was 37.1% (mild to severe). Among those evaluated, 52.8% exhibited suicidal ideation, of which 40.8% were between mild and severe levels and 4.4% were intense. 4.6% of participants reported a suicide attempt. Hopelessness was strongly associated with suicidal ideation ($p < 0.001$). In the logistic regression for severe ideation, protective factors were: having children (OR = 0.540; $p < 0.001$, 46% reduction), and anxiety (OR = 0.580; $p = 0.047$). Risk factors included: weekly hours $> 60h$ (OR = 1.434; $p < 0.001$), psychiatric condition (OR = 2.876; $p < 0.001$), and depression (OR = 2.219; $p = 0.003$). The ROC curve identified a BSI cutoff point ≥ 5 with an AUC = 0.89 (sensitivity 81%, specificity 79%) for predicting suicide attempts. **Conclusion:** This study identified high prevalence of hopelessness and suicidal ideation among Brazilian anesthesiologists. Psychiatric factors, particularly depression, emerged as independent predictors. Paradoxically, having children, and the presence of anxiety acted as protective factors. The findings reinforce the urgency of institutionalized policies for psychological support, reduced working hours, and periodic screening programs for suicide prevention in this population.

Keywords: Hopelessness; Suicidal ideation; Anesthesiologists; Mental health; Brazil.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Características sociodemográficas de uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026..... | 28 |
| Tabela 2 – Características ocupacionais de uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026..... | 29 |
| Tabela 3 – Saúde mental de uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026. | 30 |
| Tabela 4 – Escores da Escala de Desesperança de Beck (BHS), Ideação Suicida de Beck (BSI) e tentativas de suicídio de uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026..... | 31 |
| Tabela 5 – Comparação entre escalas de desesperança e ideação suicida e variáveis sociodemográficas de uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026 | 33 |
| Tabela 6 – Comparação entre escalas de desesperança e ideação suicida e variáveis ocupacionais de uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026..... | 35 |
| Tabela 7 – Comparação entre escalas de desesperança e ideação suicida e saúde mental de uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026. | 36 |
| Tabela 8 – Correlação linear e escalas de desesperança e ideação suicida e idade, tempo de profissão e de psicoterapia de uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026..... | 37 |
| Tabela 10 – Modelo final de regressão logística binária para alto risco de ideação suicida ($BSI \geq 5$) de uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026. | 39 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 – Comparativo entre escalas de desesperança e ideação suicida de uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026. | 32 |
| Gráfico 2 – Dispersão das escalas de desesperança e ideação suicida de uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026. | 32 |
| Figura 1 – Curva ROC da escala ideação suicida (BSI) considerando a presença de tentativas de suicídio relatadas por uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026. | 38 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|----------------|---|
| APA | American Psychological Association |
| AUC | Area Under the Curve (Área sob a curva ROC) |
| BCIS-BR | Beck Cognitive Insight Scale - Versão Brasileira |
| BHS | Beck Hopelessness Scale (Escala de Desesperança de Beck) |
| BSI | Beck Scale for Suicide Ideation (Escala de Ideação Suicida de Beck) |
| CLT | Consolidação das Leis do Trabalho |
| DM | Depressão Maior |
| ELSA- | |
| Brasil | Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto |
| IES | Instituição de Ensino Superior |
| OR | Odds Ratio |
| RMP | Razão de Mortalidade Padronizada |
| ROC | Receiver Operating Characteristic (Curva ROC) |
| SBA | Sociedade Brasileira de Anestesiologia |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TAG | Transtorno de Ansiedade Generalizada |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 12 |
| 2.1 | Desesperança: Conceituação, Epidemiologia e Papel como Fator de Risco . | 12 |
| 2.2 | Ideação Suicida: Definição, Epidemiologia e Fatores de Risco | 15 |
| 2.3 | Saúde Mental de Médicos: Panorama Global e Nacional | 17 |
| 2.4 | Anestesiologia como especialidade de risco | 18 |
| 2.5 | Coorte geracional | 20 |
| 3 | OBJETIVOS | 21 |
| 3.1 | Objetivo Geral | 21 |
| 3.2 | Objetivos específicos | 21 |
| 4 | METODOLOGIA | 22 |
| 4.1 | Desenho do estudo | 22 |
| 4.2 | População e amostra | 22 |
| 4.3 | Cálculo amostral | 22 |
| 4.1 | Variáveis estudadas | 23 |
| 4.4 | Coleta de dados e instrumentos | 24 |
| 4.5 | Aspectos Éticos | 25 |
| 4.6 | Análise dos dados | 26 |
| 5 | RESULTADOS | 28 |
| 5.1 | Características sociodemográficas | 28 |
| 5.2 | Características ocupacionais | 29 |
| 5.3 | Aspectos de saúde mental | 30 |
| 5.4 | Escalas de desesperança, ideação suicida e tentativas de suicídio | 30 |
| 5.5 | Análise de variáveis sociodemográficas e desesperança e ideação suicida . | 33 |
| 5.6 | Análise de variáveis ocupacionais e desesperança e ideação suicida | 34 |
| 5.7 | Análise de variáveis de saúde mental e desesperança e ideação suicida | 36 |
| 5.8 | Ideação suicida grave | 38 |
| 5.9 | Modelo final de regressão logística binária para ideação suicida grave | 39 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 6 | DISCUSSÃO | 40 |
| 6.1 | Perfil demográfico e ocupacional | 40 |
| 6.2 | Fatores sociodemográficos | 40 |
| 6.3 | Fatores ocupacionais | 42 |
| 6.4 | Fatores de saúde mental | 43 |
| 6.5 | Limitações | 45 |
| 7 | CONCLUSÃO | 46 |
| | REFERÊNCIAS | 47 |
| | APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ... | 57 |
| | APÊNDICE A – FICHA DE COLETA | 59 |
| | ANEXO A – ESCALA DE DESESPERANÇA DE BECK (BHS) | 12 |
| | ANEXO B – ESCALA DE IDEAÇÃO SUICIDA (BSI) | 13 |
| | ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO | 15 |

1 INTRODUÇÃO

A desesperança, definida como a percepção de um futuro negativo e sem perspectivas de mudança, constitui um dos principais fatores de risco para transtornos mentais e comportamentos suicidas. A teoria cognitiva de Beck postula que a desesperança emerge de esquemas cognitivos negativos relacionados ao self, ao mundo e ao futuro, funcionando como um preditor mais robusto de suicídio do que a própria depressão (Balsamo *et al.*, 2020; Sueki, 2022; Chen; Li, 2023). A ideação suicida, por sua vez, representa um sinal de alerta crítico que demanda atenção imediata, especialmente em grupos profissionais expostos a altos níveis de estresse ocupacional e a fatores de risco específicos (Jain *et al.*, 2024).

No contexto médico, o suicídio representa importante causa de mortalidade prematura. Uma metanálise abrangendo estudos de 20 países identificou taxas de suicídio significativamente elevadas entre médicos em comparação à população geral, com variações substanciais por gênero e especialidade (Zimmermann *et al.*, 2024). Entre as especialidades, anestesiólogos, psiquiatras e cirurgiões gerais emergem consistentemente como grupos de alto risco, com anestesiólogos apresentando razão de mortalidade padronizada para suicídio de 2,02 em comparação a outros homens da mesma classe social, e evidências de risco duplicado em relação a médicos de outras especialidades, conforme dados de estudos anteriores (Neil *et al.*, 1987; Carpenter; Swerdlow; Fear, 1997; Thompson; Aks, 2007).

Os anestesiólogos enfrentam características ocupacionais que potencializam vulnerabilidades psicológicas específicas. A especialidade é marcada por isolamento profissional significativo, com limitada interação interpessoal durante procedimentos cirúrgicos, pressão constante por desempenho em situações críticas, responsabilidade pela segurança vital dos pacientes em contextos de risco elevado, e acesso privilegiado a substâncias psicoativas (Hagmar, 2003; Afonso *et al.*, 2021; Jain *et al.*, 2024). Estudos internacionais documentam taxas alarmantes de burnout entre anestesiólogos, variando de 13,8% a 59,2% conforme critérios diagnósticos empregados, com a exaustão

emocional como dimensão mais prevalente, de acordo com uma revisão sistematizada recente (Afonso *et al.*, 2021). Estudos apontam consistentemente para associação entre características da especialidade e elevada prevalência de sofrimento psíquico, abuso de substâncias e comportamento suicida (Hagmar, 2003; Thompson; Aks, 2007; Jain *et al.*, 2024).

Contudo, a magnitude e os determinantes da desesperança e ideação suicida especificamente entre anesthesiologistas brasileiros permanecem desconhecidos. Investigar a desesperança e a ideação suicida nessa categoria torna-se uma iniciativa urgente e necessária. Compreender os fatores que influenciam o sofrimento psíquico nessa especialidade é essencial para construir estratégias de prevenção, promover o bem-estar e garantir a segurança dos profissionais e dos pacientes.

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo investigar a prevalência de desesperança e ideação suicida entre anesthesiologistas atuantes no Brasil, por meio de um inquérito eletrônico nacional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Desesperança: Conceituação, Epidemiologia e Papel como Fator de Risco

A desesperança constitui um construto psicológico central na compreensão dos transtornos mentais e do comportamento suicida. Aaron T. Beck, pioneiro na formulação teórica desse conceito, define desesperança como um sistema de expectativas negativas sobre o futuro, caracterizado pela antecipação de que eventos desejados não ocorrerão e que o indivíduo é incapaz de modificar essa trajetória (Meites *et al.*, 2008; Horwitz *et al.*, 2017; Balsamo *et al.*, 2020). Na teoria cognitiva de Beck, a desesperança emerge da ativação de esquemas cognitivos disfuncionais relacionados à autodesvalorização, percepção de perda irreversível e expectativas pessimistas quanto ao futuro (Beck. *et al.*, 2024).

A teoria da desesperança, desenvolvida por Abramson, Metalsky e Alloy (1989), expandiu o modelo cognitivo original ao postular que estilos atribucionais específicos, caracterizados por atribuições estáveis, globais e internas para eventos negativos, conduzem à desesperança, que por sua vez funciona como diátese cognitiva para depressão e suicídio. Enfatizando que a desesperança não representa apenas um sintoma de depressão, mas um fator psicológico independente com valor preditivo próprio para desfechos adversos em saúde mental.

Estudos demonstram que a desesperança atua como mediador a relação entre diversos fatores de risco, incluindo depressão, impulsividade, traumas na infância e estresse psicológico e comportamentos suicidas (Chen; Li, 2023; Azizi *et al.*, 2024; Moosivand *et al.*, 2024; Siau *et al.*, 2024).

A investigação de Sueki *et al.* (2022) sobre a relação temporal entre desesperança e ideação suicida, empregando desenho longitudinal prospectivo com intervalo de quatro

semanas, confirmou que níveis elevados de desesperança predizem aumentos subsequentes na ideação suicida, mesmo controlando para sintomas depressivos e ansiosos. Isso reforça a importância clínica da avaliação da desesperança como componente essencial em estratégias de prevenção do suicídio.

Em termos epidemiológicos, a prevalência de desesperança varia substancialmente conforme as características das populações estudadas, os instrumentos de avaliação empregados e os contextos socioculturais. Em populações clínicas psiquiátricas, particularmente entre pacientes hospitalizados com transtornos afetivos, as taxas de desesperança moderada a severa podem atingir proporções elevadas, frequentemente excedendo 50% dos casos avaliados (Balsamo *et al.*, 2020). Em pacientes internados por tentativa de suicídio, a prevalência de desesperança é marcadamente mais alta, refletindo seu papel como fator de risco proximal para comportamento suicida (Padilha *et al.*, 2024).

Em populações não clínicas, incluindo estudantes universitários e adultos da população geral, as taxas de desesperança são consideravelmente menores, porém ainda clinicamente significativas. Estudos com universitários brasileiros identificaram prevalência de desesperança intensa em aproximadamente 15% a 20% dos estudantes avaliados, com associações significativas com ideação suicida, baixo rendimento acadêmico, insegurança profissional e histórico de bullying (Lima *et al.*, 2021). Uma pesquisa em amostras representativas da população geral alemã documentaram correlações diretamente significativas entre desesperança e fatores como ideação suicida ($r = 0,36$) e depressão ($r = 0,53$) e inversa com satisfação com a vida ($r = -0,53$), evidenciando o impacto da desesperança além de contextos clínicos (Kliem *et al.*, 2018).

Estudos transculturais revelam variações na manifestação e prevalência da desesperança, refletindo influências de fatores socioculturais, econômicos e contextuais. Investigações com adolescentes colombianos documentaram altos índices de consistência interna da Escala de Desesperança de Beck ($\alpha = 0,81$, $\omega = 0,93$) e correlações significativas com sintomas depressivos ($r = 0,47$) e risco de suicídio ($r = 0,33$) (Pineda-Roa; Campo-Arias; Bello-Villanueva, 2024).

A literatura científica aponta que a desesperança não apenas antecede a ideação suicida, mas também influencia diretamente a tomada de decisões autodestrutivas. Estudos longitudinais demonstram que indivíduos com altos níveis de desesperança apresentam maior risco de desenvolver pensamentos suicidas e de realizar tentativas de suicídio. Estudos prospectivos de longo prazo demonstram que indivíduos com níveis elevados de desesperança apresentam risco substancialmente aumentado de desenvolver pensamentos suicidas e de realizar tentativas de suicídio ao longo do tempo (Horwitz *et al.*, 2017; Yuan *et al.*, 2018; Balsamo *et al.*, 2020; Lew *et al.*, 2020).

O estudo longitudinal prospectivo de Horwitz *et al.* (2017) sobre expectativas positivas e negativas de desesperança revelam que ambas as dimensões contribuem para predição de desfechos suicidas em adolescentes de alto risco, sugerindo que a ausência de expectativas positivas sobre o futuro pode ser um indicador de risco mais sensível do que a presença de expectativas negativas.

A avaliação da desesperança é amplamente realizada pela Escala de Desesperança de Beck (BHS) (Dozois; Covin, 2004; Balsamo *et al.*, 2020; Kliem *et al.*, 2018; Türk *et al.*, 2025) foi desenvolvida por Beck *et al.* (1974) com o objetivo de mensurar de forma objetiva o grau de desesperança em indivíduos com risco de depressão e comportamento suicida. A escala original compreende 20 itens dicotômicos (verdadeiro/falso) que avaliam três dimensões conceituais: sentimentos sobre o futuro, perda de motivação e expectativas negativas. No Brasil, a escala foi traduzida e adaptada culturalmente, mantendo suas propriedades psicométricas (Alvarenga *et al.*, 2022). Sua versão em português foi igualmente testada em amostras clínicas e não-clínicas de adolescentes, demonstrando índices adequados de fidedignidade e validade (Cunha, 2001).

2.2 Ideação Suicida: Definição, Epidemiologia e Fatores de Risco

A ideação suicida refere-se a pensamentos, cognições e planejamento relacionados ao desejo de morrer ou de se engajar em comportamentos auto lesivos com intenção letal. O espectro do comportamento suicida abrange um continuum que se estende desde ideação passiva (desejo de estar morto sem planejamento ativo), ideação ativa (pensamentos sobre métodos específicos), planejamento suicida (elaboração de estratégias concretas), tentativa de suicídio (comportamento auto lesivo com intenção de morrer) até o suicídio consumado (Shaygan *et al.*, 2023; Andrade *et al.*, 2025; Lee; Lee; Lim, 2025).

A ideação suicida constitui fator de risco crítico para tentativas futuras e morte por suicídio, embora a maioria dos indivíduos com ideação não progridam para tentativas. Estudos epidemiológicos indicam que aproximadamente um terço dos indivíduos com ideação suicida eventualmente fazem uma tentativa, com a transição mais provável ocorrendo no primeiro ano após o início da ideação (Iweama *et al.*, 2024; Lee; Lee; Lim, 2025; Andrade *et al.*, 2025).

A prevalência de ideação suicida entre profissionais de saúde é alarmantemente elevada em comparação à população geral. A metanálise de Dutheil *et al.* (2019) sobre suicídio em médicos e profissionais de saúde identificou prevalência de 17% de ideação suicida (IC95%: 12-21%; $p < 0,001$) entre médicos, com 1,0% relatando tentativas de suicídio (IC95%: 1,0-2,0; $p < 0,001$). Essas taxas são particularmente preocupantes considerando que representam profissionais com conhecimento técnico sobre métodos letais e acesso facilitado a meios para autolesão.

Entre anestesiológicas especificamente, embora dados sobre ideação suicida sejam mais escassos, estudos sobre burnout e sofrimento psíquico sugerem vulnerabilidade elevada. Pesquisa nos Estados Unidos identificou taxa de 59,2% de alto risco de burnout e 13,8% de síndrome de burnout completa entre anestesiológicas, com

percepção de falta de suporte no trabalho e em casa como fatores mais fortemente associados (Afonso *et al.*, 2021).

Uma carta ao editor publicada na Revista brasileira de Anestesiologia (Cremonesi, 1984) , a autora relata casos de morte associados ao uso inadequado de anestésicos, principalmente o halotano. Entre os 16 episódios descritos, em quatro situações o suicídio foi confirmado como causa. A maioria trabalhava em hospitais, incluindo anestesistas. Além desses relatos, a autora menciona seis colegas que morreram por uso de halotano, cinco deles anestesistas. No levantamento que realizou, identificou 25 tentativas de suicídio, das quais 24 resultaram em morte, sendo 21 por anestésicos (20 fatais), dois por curare (todos fatais), um por cloreto de potássio e outro por cianeto, ambos letais. Todos os envolvidos eram médicos ou estudantes de medicina.

Pesquisas apontam que, entre anesthesiologistas, tentativas de suicídio refletem elevados níveis de estresse característicos da especialidade. Entre os fatores predisponentes, destacam-se o sono insuficiente, os distúrbios decorrentes de turnos noturnos, a insônia associada ao estresse ocupacional, além de aspectos como intoxicação alcoólica e determinados traços de personalidade (Lindfors *et al.*, 2006; Tadinac *et al.*, 2014). O estudo de Guran *et al.* (2022) com residentes de anestesiologia revelaram prevalências substanciais de sintomas depressivos, ansiosos e de burnout, embora a ideação suicida não tenha sido diretamente avaliada na maioria dessas investigações.

Fatores ocupacionais específicos da prática médica que contribuem para risco de ideação suicida incluem longas jornadas de trabalho, privação de sono, exposição a sofrimento e morte de pacientes, medo de cometer erros médicos, estigma associado à busca de ajuda psicológica, cultura profissional que valoriza resistência e autossuficiência, e insegurança quanto à confidencialidade no acesso a serviços de saúde mental (Dutheil *et al.*, 2019; Carrieri *et al.*, 2020; Slavin, 2021; Jain *et al.*, 2024).

A avaliação da ideação suicida emprega diversos instrumentos psicométricos validados. A Escala de Beck para Ideação Suicida (Beck Scale for Suicide Ideation, BSI)

constitui um dos instrumentos mais amplamente utilizados, avaliando intensidade, duração e especificidade dos pensamentos suicidas (Dozois; Covin, 2004; Shaygan *et al.*, 2023; Lee; Lee; Lim, 2025; Andrade *et al.*, 2025). Desenvolvida por Beck *et al.* (1988), a BSI compreende 19 itens que avaliam atitudes, comportamentos e planos relacionados ao suicídio, demonstrando boas propriedades psicométricas em diversas populações, incluindo soldados militares coreanos, onde apresentou associações significativas com depressão, ansiedade, impulsividade e desesperança. Na versão em português (Cunha, 2001), em amostras clínicas e não-clínicas, suas propriedades psicométricas, são consideradas satisfatórias.

2.3 Saúde Mental de Médicos: Panorama Global e Nacional

A mortalidade por suicídio entre médicos constitui preocupação de saúde pública global. A metanálise de Zimmermann *et al.* (2024), abrangendo estudos de 20 países e incluindo 3.303 suicídios em médicos homens e 587 em médicas identificou razões de mortalidade padronizadas por suicídio significativamente elevadas em comparação à população geral. Investigação de Neil *et al.* (1987) com anesthesiologistas britânicos no período 1957-1983 identificou 16 mortes por suicídio entre 221 óbitos totais, resultando em razão de mortalidade padronizada de 202 (IC95%: 115-328) em comparação a outros homens da classe social I.

Estudo de coorte de Carpenter, Swerdlow e Fear (1997) com 20.000 consultores médicos do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido acompanhados por 30 anos documentou 2.798 mortes nas idades de 25 a 74 anos, correspondendo a menos da metade do número esperado com base em taxas nacionais (Razão de Mortalidade Padronizada [RMP] = 48; IC95%: 46-49).

A análise Hagmar *et al.* (2003) de causas específicas de mortalidade entre anesthesiologistas americanos em comparação a internistas demonstrou que, embora as

razões de mortalidade geral e por câncer ou doenças cardíacas não diferissem entre os grupos, anesthesiologistas apresentaram riscos aumentados de morte por doença cerebrovascular, suicídio, abuso de drogas e outras causas externas. Os autores concluíram que abuso de substâncias e suicídio representam riscos ocupacionais significativos para anesthesiologistas.

No contexto brasileiro, estudos sobre saúde mental de médicos têm documentado prevalências preocupantes de sofrimento psíquico, burnout e comportamento suicida. Pesquisa nacional transversal realizada entre janeiro de 2018 e janeiro de 2019 com médicos brasileiros investigou planos e tentativas de suicídio, identificando que médicos com histórico dessas manifestações expressam exaustão emocional e frustração no trabalho de forma significativa (Luz *et al.*, 2024).

2.4 Anestesiologia como especialidade de risco

A anestesiologia é uma especialidade médica que exige alta precisão técnica, tomada de decisões rápidas e atuação em ambientes de pressão constante. O anesthesiologista é responsável por garantir a segurança do paciente durante procedimentos cirúrgicos, muitas vezes em situações críticas e imprevisíveis. Essa responsabilidade, somada à baixa visibilidade da especialidade, contribui para um cenário de estresse ocupacional elevado (Volquind *et al.*, 2013; Magalhães *et al.*, 2015).

Diferente de outras áreas médicas, o anesthesiologista costuma atuar de forma isolada, com pouco contato interpessoal durante o exercício profissional. Essa característica pode gerar sentimentos de desconexão, solidão e invisibilidade, fatores que favorecem o desenvolvimento de quadros depressivos e de desesperança. A ausência de vínculos duradouros com pacientes e equipes também limita o reconhecimento profissional, o que impacta negativamente a autoestima e o senso de propósito (Bezerra *et al.*, 2024).

Em anestesiológicos, diversos fatores influenciam o risco de ideação e comportamento suicida neste grupo profissional, segundo a literatura (Swanson; Roberts; Chapman, 2003; Gurunathan, 2015; Chaves Vega *et al.*, 2022; Rátiva Hernández *et al.*, 2023):

- Sobreposição entre sofrimento psíquico, burnout e transtornos psiquiátricos diagnósticos (depressão, ansiedade): Transtornos mentais, particularmente depressão, associam-se de maneira robusta à ideação suicida, sendo agravados pela coexistência de múltiplos diagnósticos e histórico de tentativas prévias.

- Exaustão ocupacional: Longas jornadas (acima de 60 horas semanais), múltiplos vínculos, atuação em setores de emergência/UCI, e precariedade das condições de trabalho, são fatores independentes para maior desesperança e ideação suicida.

- Isolamento profissional e baixa valorização social: A dinâmica de trabalho solitária da anestesiologia e a escassa interação com pacientes e equipes ampliam o risco de sofrimento emocional e sentimentos de inutilidade, alimentando a desesperança e a propensão à autoagressão.

- Acesso e familiaridade com meios letais: O fácil acesso a medicamentos anestésicos, especialmente opioides e agentes intravenosos, é um facilitador documentado para suicídios consumados e tentativas entre anestesiológicos.

- Estigmatização e barreiras à busca de ajuda: O receio de comprometimento da carreira, aliado à cultura médica de resistência e autossuficiência, dificulta a busca ativa por suporte psicológico ou psiquiátrico, perpetuando o sofrimento até momentos críticos.

- Espaço de trabalho físico: o ambiente de trabalho apresenta um elemento de risco ocupacional significativo no contexto brasileiro. Estudos recentes identificaram que os centros cirúrgicos no Brasil, com frequência, sofrem com condições impróprias de temperatura, umidade, ruído e iluminação (Volquind *et al.*, 2013).

2.5 Coorte geracional

O estudo das gerações iniciou-se nos Estados Unidos, onde se observou que geralmente a cada vinte anos o comportamento das pessoas mudava em relação aos seus valores de vida e expectativas de futuro, considerando-se que essas mudanças de comportamento estavam ligadas a uma mudança mundial, assim gerações podem ser definidas como um conjunto de pessoas que nasceram na mesma época, e experienciaram os mesmos acontecimentos (Zaninelli; Caldeira; Fonseca, 2022).

A Geração Baby Boomer compreende aqueles nascidos entre 1946 e 1964, caracterizando-se por terem vivenciado o período pós-Segunda Guerra Mundial e transformações socioeconômicas significativas. A Geração X inclui aqueles nascidos entre 1965 e 1980, com experiência formativa marcada pela transição para a era digital. Os Millennials (ou Geração Y), nascidos entre 1981 e 1996, constituem a geração mais representada nesta amostra, caracterizando-se por transição simultânea com a internet e tecnologia digital. A Geração Z, compreendendo nascidos entre 1997 e 2012, embora pouco representada neste estudo, é definida como a primeira geração de nativos digitais (Zaninelli; Caldeira; Fonseca, 2022).

Conforme assinalam Costa Junior e Couto (2015), as categorias geracionais configuram construções analíticas de complexidade elevada, orientadas à explicação e compreensão das condições concretas vivenciadas pelos sujeitos. Nesse âmbito, assumem relevância significativa para a análise das condições de saúde e das situações de vulnerabilidade de indivíduos e coletividades, bem como para a identificação das possibilidades de acesso a recursos destinados ao enfrentamento dessas circunstâncias. Embora os fatores geracionais componham parte relevante dos determinantes do processo saúde-adoecimento, observa-se que a produção científica ainda carece de maior precisão conceitual nesse âmbito.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar a prevalência de desesperança e ideação suicida entre anesthesiologistas brasileiros, bem como identificar os fatores sociodemográficos, ocupacionais e de saúde mental associados a estas condições, através de um inquérito eletrônico nacional.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas e ocupacionais da amostra de anesthesiologistas brasileiros;
- Quantificar a prevalência de desesperança, ideação suicida e tentativas de suicídio entre anesthesiologistas brasileiros, utilizando as Escalas de Desesperança de Beck (BHS) e Ideação Suicida de Beck (BSI);
- Avaliar a associação entre aspectos sociodemográficos, ocupacionais e condições de saúde mental e os níveis de desesperança e ideação suicida;
- Analisar um ponto de corte específico, através da curva ROC, para Escala de Ideação Suicida de Beck em relação a presença de tentativas de suicídio relatadas;
- Identificar possíveis fatores protetivos e de risco para ideação suicida grave entre anesthesiologistas.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal (de coorte), descritivo e analítico caracterizada como inquérito eletrônico nacional.

4.2 População e amostra

A população-alvo foi constituída por anesthesiologistas em atividade profissional no território brasileiro. A amostra final compreendeu anesthesiologistas que responderam ao inquérito eletrônico, representando participantes de todas as cinco regiões geográficas do país

Foram incluídos aqueles com cadastro ativo e atualizado na SBA (Sociedade Brasileira de Anestesiologia), em exercício profissional no território nacional, e consentir com a participação na pesquisa, a com aceita do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Optou-se por limitar estes profissionais, em virtude da possibilidade de utilizar a base de dados da instituição para o envio, por correio eletrônico, do formulário aos associados.

Foram excluídos os participantes cujo envio do formulário não foi realizado.

4.3 Cálculo amostral

O cálculo amostral foi realizado a partir do software GPower, 3.1.9.4 (Universität

Düsseldorf, Alemanha), estimado para avaliar a prevalência de ideação suicida entre anesthesiologistas em atividade no Brasil. Utilizou-se a fórmula de proporções para estudos transversais, com correção para população finita. Considerou-se população-alvo de $n = 9.378$ profissionais, nível de confiança de 95% ($Z = 1,96$), prevalência conservadora de $p = 0,50$ e erro absoluto de 4 pontos percentuais ($d = 0,04$). O tamanho mínimo requerido após correção para população finita foi de aproximadamente $n = 565$ participantes. O total de profissionais utilizados no cálculo foi fornecido pela SBA e corresponde ao número de anesthesiologistas associados em dezembro de 2024.

4.1 Variáveis estudadas

O estudo abrangeu três categorias principais:

- Variáveis sociodemográficas: gênero, idade, geração, estado civil, parentalidade e distribuição geográfica (região);
- Variáveis ocupacionais: carga horária semanal, tempo de experiência como anesthesiologista, ambiente de trabalho (ambulatorial, fora de hospital ou hospitalar), setor de atuação (privado e/ou público) e modalidades de vínculo profissional (Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, cooperativa, grupo de anesthesiologistas, trabalho autônomo, plantonista, servidor estadual, federal ou municipal, e prestador de serviços);
- As gerações são classificadas em Baby Boomers (1947-1964): Nascidos após a Segunda Guerra, marcaram o boom de natalidade, com foco em carreira e estruturas tradicionais; Geração X (1965-1980): Filhos dos Boomers, cresceram com menos tecnologia, valorizam independência e equilíbrio vida/trabalho; Millennials (Geração Y - 1981-1996): Nativos digitais iniciais, trouxeram inclusão e transparência, buscando propósito e flexibilidade no trabalho; Geração Z (1997-2012): Nativos digitais "puros", buscam autenticidade, causas sociais, empreendedorismo e profissões não tradicionais (Zaninelli; Caldeira; Fonseca, 2022);

– Variáveis de saúde mental e desfechos: presença de condição psiquiátrica diagnosticada, depressão, ansiedade, uso de psicofármacos, uso de estimulantes psíquicos, acompanhamento psicoterapêutico (atual, anterior ou intermitente), tempo de psicoterapia, níveis de desesperança medidos pela Escala de Desesperança de Beck (BHS), ideação suicida medida pela Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) e história de tentativas de suicídio.

4.4 Coleta de dados e instrumentos

Os dados foram coletados por meio de formulário eletrônico desenvolvido na plataforma Google Forms® (Google LLC, Califórnia, EUA) e enviado por correio eletrônico para anestesiológicos associados da Sociedade Brasileira de Anestesiologia e que atuam em território nacional, entre os meses de abril de 2024 e abril de 2025. Todos os envios foram realizados diretamente pela secretaria da SBA, incluindo o link de acesso à ferramenta do estudo.

O formulário de coleta era composto de quatro seções: (seção 1) título e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (seção 2) coleta de dados sociodemográficos, regime de trabalho, vínculo empregatício e antecedentes de saúde mental; (seção 3) Escala de Desesperança de Beck (BHS); (seção 4) Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI).

Os dados sociodemográficos, regime de trabalho, vínculo empregatício e antecedentes de saúde mental foram baseados na ficha de coleta (APÊNDICE B).

Para avaliar a desesperança e a ideação suicida, foram utilizadas as escalas de Beck (Cunha, 2001). A Escala de Desesperança de Beck (BHS) (Anexo A) mede a dimensão do pessimismo ou a extensão das expectativas negativas do paciente sobre seu futuro imediato e a longo prazo, indícios sugestivos de risco de suicídio, sendo

dicotômica, com 20 itens, com afirmações de certo ou errado, que envolvem cognições sobre a desesperança. O escore total é o resultado da soma dos itens individuais, cuja resposta apontada no crivo vale 1 ponto cada, e pode variar de 0 a 20, que é a estimativa da extensão das expectativas negativas frente ao futuro, classificada nos níveis: desesperança mínima (0-4), leve (5-8), moderada (9-13) e desesperança grave (14-20).

A Escala de Ideação Suicida (BSI) (Anexo B) foi desenvolvida com base em pacientes adultos com transtorno psiquiátrico. A escala avalia a presença de ideação suicida e mede a extensão da motivação e do planejamento. Constituída por 21 itens, dos quais os primeiros 19 apresentam três alternativas de resposta, que representam gradações de desejos, atitudes e planos suicidas. Na triagem da ideação suicida, se a resposta do examinador for 0 ao item 4 ou 5, passará imediatamente para o item 20 sem responder aos itens anteriores. Se não, o examinado responderá a todo o teste. O item 21 só será respondido por examinados com histórico de tentativa de suicídio. Os itens 20 e 21 tratam, respectivamente, do número de tentativas e seriedade da intenção de morrer na última delas, não contabilizados no escore total, que é resultado da soma dos itens 1 a 19, classificado nos níveis: mínima (0-4), leve (5-8), moderada (9-13) e grave (14-38).

4.5 Aspectos Éticos

O estudo seguiu os princípios delineados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário CEUMA em 01/03/2024 com CAAE: 74970423.5.0000.5084 e parecer: 6.678.620 (Anexo C). O consentimento foi obtido de todos os participantes.

4.6 Análise dos dados

As análises foram conduzidas no software R, versão 4.4.2 (R Core Team, 2024) e os gráficos foram desenvolvidos no software GraphPad Prism 10. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas (%), enquanto as variáveis numéricas foram apresentadas como média, desvio padrão, mediana e quartis. A normalidade foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk.

Para comparações entre escalas de desesperança e ideação suicida e variáveis independentes com duas categorias, foi utilizado o teste de Mann-Whitney e com variáveis com três ou mais categorias, aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis, seguido de análises *post-hoc* com correção de Bonferroni. As associações entre as escalas de desesperança e ideação suicida e variáveis numéricas foram verificadas por meio da correlação de Spearman. A força dessa associação é classificada segundo os critérios estabelecidos por Cohen: uma correlação pequena é indicada por $r = 0,10$ a $0,29$; média por $r = 0,30$ a $0,49$; e grande por $r = 0,50$ ou superior (Cohen, 1992).

A regressão logística binária, a partir do método *Backward Stepwise Wald*, foi conduzida em três blocos hierárquicos sucessivos, permitindo avaliar a contribuição incremental de cada conjunto de variáveis ao modelo: (1) variáveis sociodemográficas, (2) variáveis ocupacionais e (3) variáveis de saúde mental. O modelo foi considerado adequado com base em: (1) teste *omnibus* significativo para cada bloco, (2) *Nagelkerke R²* como medida de variância explicada, (3) $-2 \text{ Log Likelihood}$ como medida de ajuste relativo, e (4) tabela de classificação para acurácia. Foram apresentados os valores referentes ao Beta (b), Exp(b), interpretado como *Odds ratio*, valor de p e intervalo de confiança a 95%.

Para definição do ponto de corte específico, pela curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*), para predição de ideação suicida grave em relação a escala BSI, foi considerada a escala BHI numérica e comparada com a presença de tentativas de suicídio relatadas pelos anestesiólogos. O ponto de corte ótimo foi identificado mediante a

sensibilidade + especificidade – 1, que maximiza simultaneamente a sensibilidade e a especificidade, representando o ponto da curva com maior distância em relação à linha de nulidade (diagonal).

O valor de $< 0,05$ foi considerado como significativo em todas as comparações.

5 RESULTADOS

5.1 Características sociodemográficas

A amostra estudada foi composta por 920 anestesiólogos, com predomínio de homens (58,0%), com idade média de 47,1±11,7 anos, concentrada na faixa de 38 a 48 anos com 337 (36,6%) participantes, da geração Millennials (48,4%), casados (61,2%), a maioria dos participantes, 67,1% relataram ter filhos, e predominaram indivíduos residentes no Sudeste (47,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de uma amostra de anestesiólogos brasileiros. São Luís, MA, 2026.

| Variáveis | n (%) |
|---------------|------------|
| Gênero* | |
| Feminino | 382 (41,9) |
| Masculino | 529 (58,0) |
| Não binário | 1 (0,1) |
| Idade (anos) | |
| 26 a 37 | 218 (23,7) |
| 38 a 48 | 337 (36,6) |
| 49 a 59 | 220 (23,9) |
| 60 ou mais | 145 (15,8) |
| Md±Dp | 47,1±11,7 |
| Geração | |
| Geração Z | 7 (0,8) |
| Millenials | 445 (48,4) |
| Geração X | 323 (35,1) |
| Baby Boomer | 145 (15,8) |
| Estado civil* | |
| Solteiro | 136 (14,9) |
| Casado | 558 (61,2) |
| União Estável | 146 (16,0) |
| Divorciado | 66 (7,2) |
| Viúvo | 6 (0,7) |
| Filhos | |
| Sim | 617 (67,1) |
| Não | 303 (32,9) |
| Região | |
| Centro-Oeste | 100 (10,9) |
| Nordeste | 203 (22,1) |

| | |
|---------|------------|
| Norte | 30 (3,3) |
| Sudeste | 437 (47,5) |
| Sul | 150 (16,3) |

*n = 912.

5.2 Características ocupacionais

Quanto à carga horária semanal, 46,5% dos anestesiólogos trabalhavam 60 horas por semana, e possuem tempo médio de atuação profissional como $17,18 \pm 12,81$ anos. Referente ao ambiente de trabalho, 74,9% atuavam em instituições hospitalares, 83,8% atuantes no setor privado e 67,2% no setor público. Em relação à modalidade de trabalho, predominaram indivíduos integrantes de grupos de anestesiólogos (55,4%) e 32,6% exerciam atividade autônoma, 29,7% integravam cooperativas, 25,1% atuavam como plantonistas, cerca de 35,0% são funcionários públicos e 16,6% referiram possuir vínculo CLT (Tabela 2).

Tabela 2 – Características ocupacionais de uma amostra de anestesiólogos brasileiros. São Luís, MA, 2026.

| Variáveis | n (%) |
|---|-------------|
| Horas semanais | |
| 40 h/sem | 255 (27,7) |
| 60 h/sem | 428 (46,5) |
| 80 h/sem | 146 (15,9) |
| >80 h/sem | 91 (9,9) |
| Tempo como Anestesiologista (anos), Md±Dp | 17,18±12.81 |
| Ambiente de trabalho | |
| Ambulatorial | 26 (2,8) |
| Fora de hospital | 248 (27,0) |
| Hospitalar | 689 (74,9) |
| Privado | 771 (83,8) |
| Público | 618 (67,2) |
| Modalidade de trabalho | |
| CLT | 153 (16,6) |
| Servidor estadual | 135 (14,7) |
| Servidor federal | 111 (12,1) |
| Servidor municipal | 76 (8,3) |
| Cooperativa | 273 (29,7) |
| Grupo de anestesiólogos | 510 (55,4) |
| Autônomo | 300 (32,6) |

| | |
|------------------------|------------|
| Plantonista | 231 (25,1) |
| Prestadora de serviços | 89 (9,7) |

5.3 Aspectos de saúde mental

Entre os participantes, 31,4% relataram apresentar alguma condição psiquiátrica. Especificamente, 14,2% apresentavam depressão e 13,7% apresentavam ansiedade, e 35,0% relataram uso de psicofármacos. Relacionado ao acompanhamento psicoterapêutico, 28,8% estavam em psicoterapia, 3,9% relataram acompanhamento anterior, e 1,0% utilizavam psicoterapia de forma intermitente. Entre aqueles que realizavam ou realizaram psicoterapia, o tempo médio de acompanhamento foi de $6,37 \pm 7,07$ anos (Tabela 3).

Tabela 3 – Saúde mental de uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026.

| Variáveis | n (%) |
|-------------------------------------|------------|
| Condição psiquiátrica | 289 (31,4) |
| Ansiedade | 126 (13,7) |
| Depressão | 131 (14,2) |
| Psicofármacos | 322 (35,0) |
| Psicoterapia | 920 (0,0) |
| Anterior | 36 (3,9) |
| Intermitente | 9 (1,0) |
| Sim | 265 (28,8) |
| Não | 610 (66,3) |
| Tempo de psicoterapia (anos), Md±Dp | 6,37±7,07 |

5.4 Escalas de desesperança, ideação suicida e tentativas de suicídio

Conforme avaliado pela Escala de Desesperança de Beck (BHS), 37,1% apresentam desesperança, sendo 19,2% leve, 10,5% moderada e 7,4% grave e o restante (62,8%) apresentam níveis mínimos. O escore apresentou média de $4,58 \pm 4,45$. Em relação à Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), 77,0% dos profissionais apresentaram ideação suicida mínima, 13,6% leve, 5,4% moderada e 4,0% grave. O escore apresentou média de $2,91 \pm 4,66$. Quanto ao comportamento suicida, 95,4% dos

participantes relataram nunca ter tentado suicídio, enquanto 4,6% referiram ter tentado suicídio pelo menos uma vez (Tabela 4).

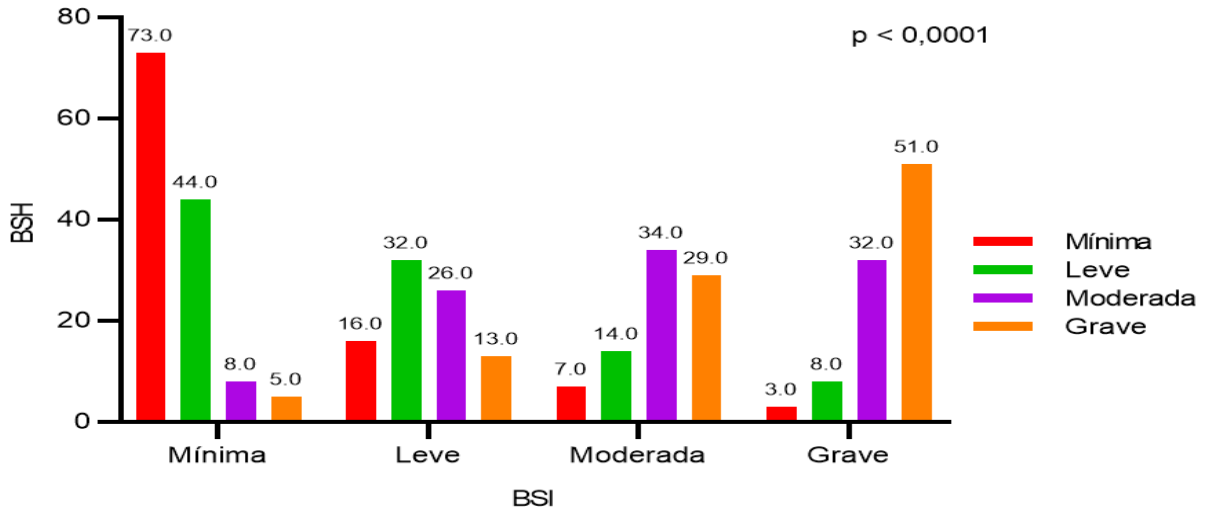
Tabela 4 – Escores da Escala de Desesperança de Beck (BHS), Ideação Suicida de Beck (BSI) e tentativas de suicídio de uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026.

| Variáveis | n (%) |
|--|------------|
| BHS | |
| Mínima | 578 (62,8) |
| Leve | 177 (19,2) |
| Moderada | 97 (10,5) |
| Grave | 68 (7,4) |
| Escore, Md±Dp | 4,58±4,45 |
| BSI | |
| Mínima | 708 (77,0) |
| Leve | 125 (13,6) |
| Moderada | 50 (5,4) |
| Grave | 37 (4,0) |
| Escore, Md±Dp | 2,91±4,66 |
| Tentativa de suicídio (Q20 – BSI) | |
| Nunca tentei suicídio | 878 (95,4) |
| Tentei suicídio ao menos uma vez | 42 (4,6) |

BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Ideação Suicida de Beck.

A análise comparativa entre os escores revela que participantes com escores elevados na BHS tendem a apresentar também escores elevados na BSI, com 73,0% dos indivíduos com ideação suicida mínima também apresentaram desesperança mínima e 51,0% daqueles que apresentaram ideação grave, apresentaram níveis graves de desesperança (valor de $p < 0,001$) (Gráfico 1).

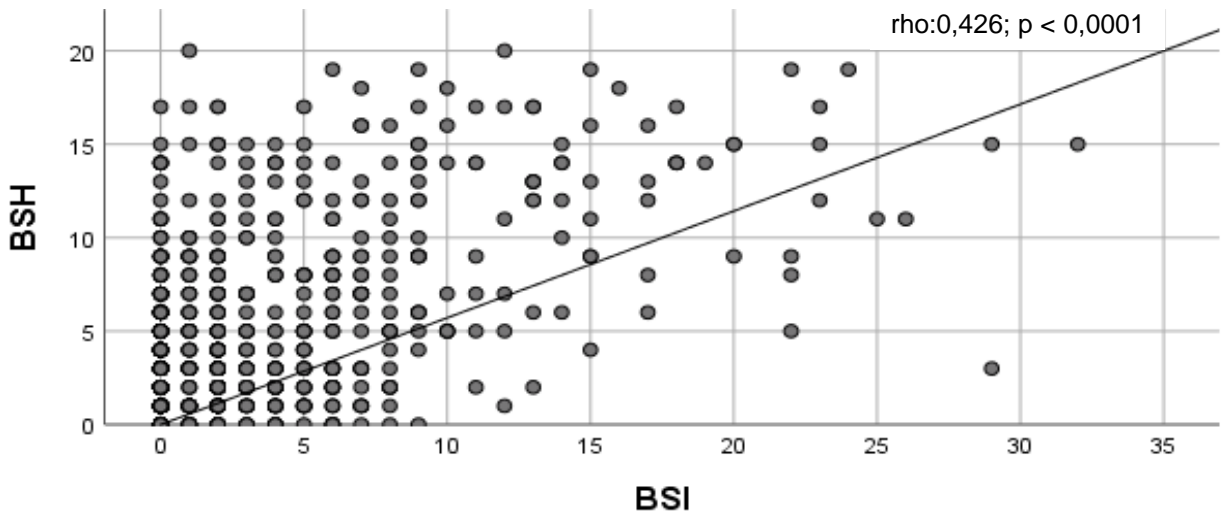
Gráfico 1 – Comparativo entre escalas de desesperança e ideação suicida de uma amostra de anestesiológistas brasileiros. São Luís, MA, 2026.



BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Ideação Suicida de Beck.

No gráfico de dispersão entre as escalas BSI e BSH observa-se uma correlação linear positiva e moderada ($\rho = 0,429$; $p < 0,001$) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Dispersão das escalas de desesperança e ideação suicida de uma amostra de anestesiológistas brasileiros. São Luís, MA, 2026.



BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Ideação Suicida de Beck.

5.5 Análise de variáveis sociodemográficas e desesperança e ideação suicida

Na comparação entre a Escala de Desesperança de Beck e variáveis sociodemográficas, não houve diferença significativa quanto ao gênero, com mediana similares (mediana 3 e 3; $p = 0,258$). A Geração Millennials, em comparação a Baby Boomers, apresentou maiores escores de desesperança (mediana 3 vs 2; $p = 0,006$) e de ideação suicida (mediana 1 vs 0; $p = 0,025$). A faixa de idade mais jovem (26 a 37 anos) apresentou significativamente maior mediana de desesperança (mediana 4; $p = 0,002$) e de ideação suicida (mediana 2; $p = 0,005$) que as demais faixas. O estado civil mostrou-se significativamente associado aos escores de desesperança, com solteiros e aqueles em união estável apresentando maiores escores comparados aos casados (mediana 4 e 4 vs 3, respectivamente; $p < 0,001$). Profissionais sem filhos exibiram maiores escores de desesperança em relação aos que tinham filhos (mediana 4 vs 3; $p < 0,001$). Os valores da escala também não diferiram em relação a distribuição geográfica ($p = 0,069$), embora a menor amplitude interquartil tenha sido observada na região nordeste (1 – 5). Quanto à BSI, igualmente não houve diferença significativa por gênero ($p = 0,186$) ou região geográfica ($p = 0,304$), com menor intervalo também na região nordeste. Contudo, a Geração Z apresentou valores maiores que Baby Boomers (mediana 2 vs 0; $p = 0,025$), solteiros e divorciados apresentaram escores superiores aos casados (mediana 2 e 2 vs 0; $p < 0,001$) e aqueles sem filhos apresentando maiores escores de ideação suicida (mediana 2 vs 0; $p < 0,001$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Comparação entre escalas de desesperança e ideação suicida e variáveis sociodemográficas de uma amostra de anestesiológicos brasileiros. São Luís, MA, 2026.

| Variáveis | BHS | Valor de p | BSI | Valor de p |
|-----------|---------------|------------|---------------|------------|
| | Med (Q1 – Q3) | | Med (Q1 – Q3) | |
| Gênero | | | | |
| Feminino | 3 (1,0 - 7,0) | 0,258 | 1 (0,0 - 4,0) | 0,186 |
| Masculino | 3 (1,0 - 6,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |

| | | | | |
|---------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| Idade (anos) | | | | |
| 26 a 37 | 4 (2,0 - 8,0) | 0,002 | 2 (0,0 - 6,0) | 0,005 |
| 38 a 48 | 3 (1,0 - 6,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |
| 49 a 59 | 3 (2,0 - 6,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |
| 60 ou mais | 2 (1,0 - 5,0) | | 0 (0,0 - 2,0) | |
| Geração* | | | | |
| Millennials | 3 (1,0 - 7,0) | 0,006 | 1 (0,0 - 5,0) | 0,025 |
| Geração X | 3 (1,0 - 7,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |
| Baby Boomer | 2 (1,0 - 5,0) | | 0 (0,0 - 2,0) | |
| Estado civil | | | | |
| Solteiro | 4 (2,0 - 8,0) | <0,001 | 2 (0,0 - 6,0) | <0,001 |
| Casado | 3 (1,0 - 6,0) | | 0 (0,0 - 3,0) | |
| União Estável | 4 (1,0 - 7,0) | | 1,5 (0,0 - 5,0) | |
| Divorciado | 3 (1,0 - 8,0) | | 2 (0,0 - 6,0) | |
| Viúvo | 3,5 (0,0 - 7,0) | | 2 (0,0 - 6,0) | |
| Filhos | | | | |
| Sim | 3 (1,0 - 6,0) | <0,001 | 0 (0,0 - 3,0) | <0,001 |
| Não | 4 (2,0 - 7,0) | | 2 (0,0 - 6,0) | |
| Região | | | | |
| Norte | 2,5 (1,0 - 6,0) | 0,069 | 2 (0,0 - 5,0) | 0,304 |
| Nordeste | 3 (1,0 - 5,0) | | 0 (0,0 - 3,0) | |
| Centro-Oeste | 3 (1,0 - 7,0) | | 1 (0,0 - 5,5) | |
| Sudeste | 3 (2,0 - 7,0) | | 1 (0,0 - 5,0) | |
| Sul | 3 (1,0 - 6,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |

BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Ideação Suicida de Beck; *Geração Z foi excluída da análise (n = 7).

5.6 Análise de variáveis ocupacionais e desesperança e ideação suicida

Profissionais que trabalhavam mais de 80 horas semanais apresentaram maiores escores de desesperança (mediana 4) e ideação suicida (mediana 2) comparados aos que trabalhavam 40 horas por semana (desesperança: mediana 3; $p = 0,002$; ideação: mediana 0; $p = 0,001$). Ambiente de trabalho (ambulatorial, fora de hospital, hospitalar), setor (privado/público), e a maioria das modalidades de trabalho (servidor estadual, federal, municipal, cooperativa, autônomo) não apresentaram associações significativas com os escores de desesperança ou ideação suicida. Exceção foi observada para a modalidade CLT, na qual para ambas as escalas (desesperança $p = 0,020$; ideação $p =$

0,034), profissionais com vínculo CLT apresentando maiores escores em relação aos demais (Tabela 6).

Tabela 6 – Comparação entre escalas de desesperança e ideação suicida e variáveis ocupacionais de uma amostra de anestesiológicos brasileiros. São Luís, MA, 2026.

| Variáveis | BHS | | BSI | |
|------------------------|-----------------|--------------|---------------|--------------|
| | Med (Q1 – Q3) | Valor de p | Med (Q1 – Q3) | Valor de p |
| Horas semanais | | | | |
| 40 h/sem | 3 (1,0 - 6,0) | 0,002 | 0 (0,0 - 3,0) | 0,001 |
| 60 h/sem | 3 (1,0 - 6,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |
| 80 h/sem | 3 (2,0 - 8,0) | | 1 (0,0 - 5,0) | |
| >80 h/sem | 4 (2,0 - 9,0) | | 2 (0,0 - 7,0) | |
| Ambiente de trabalho | | | | |
| Ambulatorial | | | | |
| Sim | 2 (1,0 - 7,0) | 0,245 | 0 (0,0 - 4,0) | 0,663 |
| Não | 3 (1,0 - 7,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |
| Fora de hospital | | | | |
| Sim | 3 (1,0 - 7,0) | 0,224 | 1 (0,0 - 4,0) | 0,463 |
| Não | 3 (1,0 - 7,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |
| Hospitalar | | | | |
| Sim | 3 (1,0 - 7,0) | 0,574 | 1 (0,0 - 4,0) | 0,762 |
| Não | 3 (1,0 - 7,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |
| Privado | | | | |
| Sim | 3 (1,0 - 6,0) | 0,135 | 1 (0,0 - 4,0) | 0,638 |
| Não | 3 (2,0 - 8,0) | | 1 (0,0 - 5,0) | |
| Público | | | | |
| Sim | 3 (1,0 - 7,0) | 0,316 | 1 (0,0 - 4,0) | 0,592 |
| Não | 3 (1,0 - 7,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |
| Modalidade de trabalho | | | | |
| CLT | | | | |
| Sim | 3 (2,0 - 7,0) | 0,020 | 2 (0,0 - 5,0) | 0,034 |
| Não | 3 (1,0 - 6,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |
| Servidor estadual | | | | |
| Sim | 3 (2,0 - 7,0) | 0,373 | 2 (0,0 - 5,0) | 0,408 |
| Não | 3 (1,0 - 7,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |
| Servidor federal | | | | |
| Sim | 3 (1,0 - 6,0) | 0,464 | 1 (0,0 - 4,0) | 0,951 |
| Não | 3 (1,0 - 7,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |
| Servidor municipal | | | | |
| Sim | 2,5 (1,0 - 6,5) | 0,359 | 0 (0,0 - 4,5) | 0,397 |
| Não | 3 (1,0 - 7,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |

| | | | | |
|-------------|---------------|-------|---------------|-------|
| Cooperativa | | | | |
| Sim | 3 (1,0 - 7,0) | 0,917 | 1 (0,0 - 4,0) | 0,426 |
| Não | 3 (1,0 - 6,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |
| Autônomo | | | | |
| Sim | 3 (1,0 - 7,0) | 0,641 | 1 (0,0 - 4,5) | 0,609 |
| Não | 3 (1,0 - 6,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |

BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Ideação Suicida de Beck.

5.7 Análise de variáveis de saúde mental e desesperança e ideação suicida

Dentre os avaliados, profissionais com condição psiquiátrica apresentaram desesperança e ideação suicida significativamente maior comparados aos sem condição (mediana 5 vs 3; $p < 0,001$; mediana 3 vs 0; $p < 0,001$, respectivamente). A ansiedade não apresentou associação significativa com desesperança ($p = 0,641$), porém indivíduos ansiosos apresentaram maior escore de ideação suicida (mediana 3 vs 2; $p = 0,018$). A depressão apresentou associação estatisticamente significativa com ambas as escalas ($p < 0,001$), com deprimidos exibindo desesperança e ideação suicida (mediana 6 e 5, respectivamente) superiores aos não deprimidos. Usuários de psicofármacos apresentaram maiores escores (desesperança: mediana 4; ideação: mediana 2; $p < 0,001$) que não usuários. Indivíduos em psicoterapia intermitente apresentaram os maiores escores de desesperança (mediana = 9) e ideação suicida (mediana = 5), seguidos por aqueles com psicoterapia anterior, regular e sem psicoterapia, diferença estatisticamente significativa em ambas as escalas ($p < 0,001$) (Tabela 7).

Tabela 7 – Comparação entre escalas de desesperança e ideação suicida e saúde mental de uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026.

| Variáveis | BHS | Valor de p | BSI | Valor de p |
|-----------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|
| | Med (Q1 – Q3) | | Med (Q1 – Q3) | |
| Condição psiquiátrica | | | | |
| Sim | 5 (2,0 - 9,0) | <0,001 | 3 (0,0 - 7,0) | <0,001 |
| Não | 3 (1,0 - 5,0) | | 0 (0,0 - 2,0) | |
| Ansiedade | | | | |

| | | | | |
|----------------------|----------------|------------------|-----------------|------------------|
| Sim | 3 (2,0 - 7,0) | 0,641 | 2 (0,0 - 5,0) | 0,018 |
| Não | 3 (1,0 - 7,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |
| Depressão | | | | |
| Sim | 6 (2,0 - 11,0) | <0,001 | 5 (1,0 - 8,0) | <0,001 |
| Não | 3 (1,0 - 6,0) | | 0 (0,0 - 3,0) | |
| Psicofármaco | | | | |
| Sim | 4 (2,0 - 9,0) | <0,001 | 2 (0,0 - 7,0) | <0,001 |
| Não | 3 (1,0 - 5,0) | | 0 (0,0 - 3,0) | |
| Estimulante psíquico | | | | |
| Sim | 8 (3,0 - 14,0) | <0,001 | 5 (2,0 - 10,0) | <0,001 |
| Não | 3 (1,0 - 6,0) | | 1 (0,0 - 4,0) | |
| Psicoterapia | | | | |
| Anterior | 4 (2,0 - 10,0) | <0,001 | 3,5 (0,5 - 7,0) | <0,001 |
| Intermitente | 9 (4,0 - 15,0) | | 5 (3,0 - 12,0) | |
| Sim | 4 (2,0 - 8,0) | | 2 (0,0 - 6,0) | |
| Não | 3 (1,0 - 6,0) | | 0 (0,0 - 3,0) | |

BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Ideação Suicida de Beck.

A idade apresentou correlação pequena e negativa com desesperança ($\rho = -0,110$; $p < 0,001$) e com ideação suicida ($\rho = -0,118$; $p < 0,001$). Igualmente, o tempo de profissão como anestesiolegista com desesperança ($\rho = -0,119$; $p < 0,001$) e ideação suicida ($\rho = -0,135$; $p < 0,001$). O tempo de psicoterapia não apresentou correlação significativa com desesperança ($\rho = -0,062$; $p = 0,307$) nem com ideação suicida ($\rho = -0,077$; $p = 0,208$) (Tabela 8).

Tabela 8 – Correlação linear e escalas de desesperança e ideação suicida e idade, tempo de profissão e de psicoterapia de uma amostra de anestesiolegistas brasileiros. São Luís, MA, 2026.

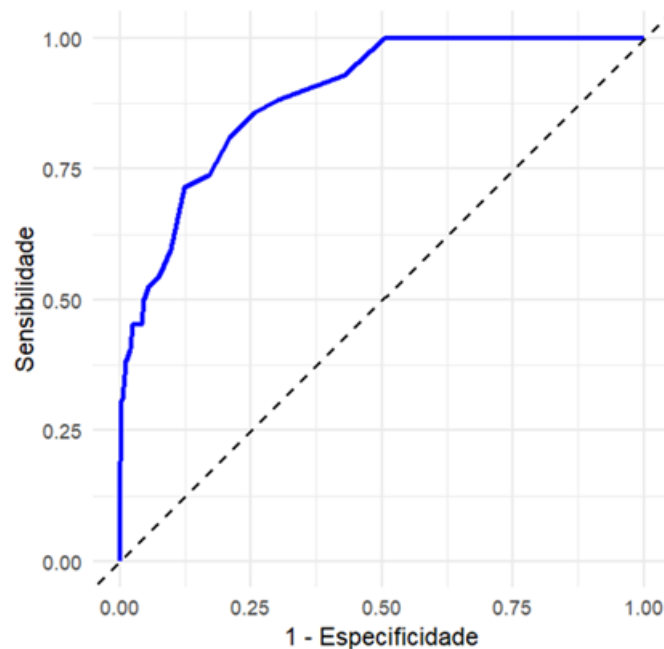
| Variáveis | BHS | | BSI | |
|-----------------------|--------|------------------|--------|------------------|
| | rho | valor de p | rho | valor de p |
| Idade | -0,110 | <0,001 | -0,118 | <0,001 |
| Tempo de profissão | -0,119 | <0,001 | -0,135 | <0,001 |
| Tempo de psicoterapia | -0,062 | 0,307 | -0,077 | 0,208 |

BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Ideação Suicida de Beck; rho: Coeficiente de Correlação Linear.

5.8 Ideação suicida grave

Na análise de um ponto de corte específico, pela curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*), para predição de ideação suicida grave em relação a escala BSI, considerando a presença de tentativas de suicídio relatadas pelos anestesiológicas, a área sob a curva (AUC) foi de 0,89 (IC 95%: 0,85–0,93), o que representa uma acurácia excelente. O ponto de corte ideal foi de 4,5, isto é, até 4 pontos não se nota a presença de sinais de ideação suicida, enquanto escores iguais ou superiores a 5 indicam risco aumentado para tentativa de suicídio), com sensibilidade de 81% e especificidade de 79%, demonstrando bom equilíbrio entre identificação de casos e exclusão de não casos (Figura 1).

Figura 1 – Curva ROC da escala ideação suicida (BSI) considerando a presença de tentativas de suicídio relatadas por uma amostra de anestesiológicos brasileiros. São Luís, MA, 2026.



Area sob a curva (AUC): 0,89 (IC 95%: 0,85–0,93).

5.9 Modelo final de regressão logística binária para ideação suicida grave

O modelo de regressão final, considerando o risco grave de ideação suicida (BSI ≥ 5) observado em 23,6% (n = 217) dos avaliados, explicou 20,2% da variância total e apresentou acurácia de classificação de 78,5%. Como fatores protetivos (redução de risco), a ter de filhos foi o preditor sociodemográfico mais robusto (OR = 0,540; IC 95%: 0,381-0,764; $p < 0,001$), associando-se a redução de 46% nas chances de ideação suicida grave. A ansiedade emergiu como protetor (OR = 0,580; IC 95%: 0,339-0,994; $p = 0,047$), reduzindo em 42% o risco (Tabela 9).

Entre os fatores de risco, horas semanais trabalhadas apresentou relação com risco elevado (OR = 1,434; IC 95%: 1,192-1,725; $p < 0,001$), aumentando 43,4% o risco a cada categoria incremental de jornada. Indivíduos com condição psiquiátrica diagnosticada (OR = 2,876; $p < 0,001$) apresentam quase 3 vezes maior chance de ideação suicida grave, assim como aqueles especificamente com depressão (OR = 2,219; $p = 0,003$), que têm aproximadamente 2,2 vezes maior risco. A psicoterapia emerge como um fator de risco estatisticamente significativo ($p = 0,024$) para ideação suicida grave, com OR = 1,317 (IC 95%: 1,037–1,674) (Tabela 9).

Tabela 9 – Modelo final de regressão logística binária para alto risco de ideação suicida (BSI ≥ 5) de uma amostra de anesthesiologistas brasileiros. São Luís, MA, 2026.

| Variável | B | OR [Exp(b)] | Valor de p | IC 95% |
|-----------------------|--------|-------------|--------------|---------------|
| Filhos | -0,616 | 0,540 | 0,001 | 0,381 - 0,764 |
| Horas semanais | 0,360 | 1,434 | 0,000 | 1,192 - 1,725 |
| Condição psiquiátrica | 1,056 | 2,876 | 0,000 | 1,736 - 4,764 |
| Ansiedade | -0,544 | 0,580 | 0,047 | 0,339 - 0,994 |
| Depressão | 0,797 | 2,219 | 0,003 | 1,302 - 3,781 |
| Psicoterapia | 0,276 | 1,317 | 0,024 | 1,037 - 1,674 |

R²: 20,2%; Constante: -1,968.

6 DISCUSSÃO

Este estudo, conduzido com 920 anesthesiologistas brasileiros, identificou alta prevalência de desesperança e ideação suicida. Os resultados revelam um fenômeno multifatorial complexo, no qual fatores sociodemográficos, ocupacionais e psicopatológicos contribuem de forma sinérgica para elevar o risco de ideação suicida grave.

6.1 Perfil demográfico e ocupacional

A amostra predominantemente masculina, com idade média de 47,1 anos e concentração na geração Millennials alinha-se com padrões observados em estudos recentes sobre força de trabalho médica brasileira (Schalch; Matijasevich; Scheffer, 2022). A distribuição regional com predomínio no Sudeste reflete desigualdades estruturais na distribuição de profissionais de saúde no país, conforme documentado na Demografia Médica Brasileira (Scheffer *et al.*, 2023), que identifica aproximadamente 50% dos médicos brasileiros concentrados nesta região.

A carga horária elevada, acima de 60 horas semanais, foi altamente prevalente em proporção superior aos 50,6% identificados entre anesthesiologistas no Paraná (Sousa *et al.*, 2022), sugerindo intensificação de demandas laborais na população brasileira.

6.2 Fatores sociodemográficos

A idade emergiu como protetor, apresentando correlação negativa pequena com desesperança e ideação suicida. Este padrão, em que profissionais mais jovens

apresentam maior sofrimento psíquico, reflete resultados transversais na literatura internacional. A pesquisa da American Psychological Association (2020) com 3.409 adultos norte-americanos documentou que 34% da Geração Z relatam piora na saúde mental comparado a 12% dos Baby Boomers. De forma consistente, Twenge *et al.* (2019), utilizando análise idade-período-coorte, constataram que Millennials e Geração Z apresentam taxas mais elevadas de sofrimento psicológico e desfechos relacionados ao suicídio comparado a Geração X e Baby Boomers, independentemente dos efeitos gerais de idade.

No presente estudo, Millennials apresentaram maiores escores de desesperança e ideação suicida comparado a Baby Boomers. A Geração Z, embora menos representada, apresentou escores de ideação suicida superiores. Este padrão é particularmente preocupante considerando projeções que indicam a população médica brasileira tornar-se significativamente mais jovem, em 2035, mais de 85% dos médicos terão menos de 45 anos (Scheffer *et al.*, 2023).

Segundo Ferreira *et al.* (2024), profissionais mais jovens reportam maiores índices de transtornos mentais, potencialmente relacionados a pressões sociais e econômicas crescentes durante formação profissional. Complementarmente, Grelle *et al.* (2023) documentaram que gerações mais jovens relatam aumentos maiores em sintomas de saúde mental comparado a gerações mais antigas, com Millennials e Geração Z apresentando taxas mais altas de Depressão Maior e Transtorno de Ansiedade Generalizada.

A presença de filhos reduziu significativamente o risco de ideação suicida grave, representando redução de 46% nas chances. Na análise univariada, profissionais sem filhos apresentaram maiores escores de desesperança e ideação suicida. Este resultado alinha-se com literatura que documenta proteção conferida pela parentalidade contra comportamento suicida. Dehara *et al.* (2021) e Ueda *et al.* (2022) demonstraram redução de risco de 50-80% em indivíduos com filhos comparado aos sem filhos, em ambos os sexos, com efeito dose-resposta: maior proteção com maior número de filhos. Os autores sugerem que responsabilidades parentais funcionam como "barreira ao impulso",

reduzindo a passagem de ideação para ação. No contexto de profissionais médicos sob estresse ocupacional crônico, presença de filhos estrutura tempo pessoal além do trabalho e cria dinâmica familiar que reduz isolamento.

Solteiros e divorciados apresentaram maiores escores de desesperança e ideação suicida comparado a casados. Embora a análise multivariada não tenha incluído estado civil como preditor independente, a associação univariada robusta sugere que vínculos conjugais conferem proteção relativa. Este padrão é coerente com literatura que documenta que relacionamentos estáveis funcionam como fator de proteção contra comportamentos suicidas. Embora não tenha sido avaliado nesta pesquisa, o estudo de Shanafelt *et al.* (2012), com 6.880 médicos americanos demonstram que profissionais casados apresentavam de menores escores de burnout, o que, por extensão, pode ser associado a piores marcadores de saúde mental, inclusive de ideação suicida (Cruz *et al.*, 2022).

O estado civil e a presença de filhos e melhores escores de desesperança e ideação suicida, possivelmente está relacionado a suporte social amplificado, estrutura de coping e propósito de vida, conforme discutido por Chu *et al.* (2017) em modelo interpessoal de suicídio, a qual sugere que a sensação de pertencimento frustrado e a percepção de ser um fardo são preditores de ideação suicida. O que também foi relatado em estudos na população geral de Cranney e Wilkinson (2025), no qual pessoas solteiras têm cerca de 3 vezes mais probabilidade do que pessoas casadas de considerar, planejar ou tentar o suicídio, e Stephenson *et al.* (2023), que relatam que o casamento geralmente é associado a menor risco de pensamentos suicidas.

6.3 Fatores ocupacionais

Profissionais que trabalhavam mais de 80 horas semanais apresentaram maiores escores de desesperança e ideação suicida comparado àqueles que trabalhavam 40

horas por semana. Na análise multivariada, carga horária semanal emergiu como fator de risco significativo para ideação suicida grave, aumentando 43,4% o risco a cada incremento categorial de jornada. Este padrão é consistente com revisão de Ferreira *et al.* (2025) que identifica sobrecarga de trabalho, condições laborais insatisfatórias, infraestrutura deficiente e jornadas excessivas como causas predominantes de suicídio entre médicos. Adicionalmente, Moreira *et al.* (2023), em análise de 1.281 médicos brasileiros, encontrou associação entre múltiplos vínculos empregatícios, jornadas excessivas e risco elevado de suicídio. A carga horária ampliada posiciona anestesiológicas em contexto de exaustão ocupacional que funciona como fator de risco estabelecido para deterioração da saúde mental (Alves *et al.*, 2024).

Profissionais com vínculo CLT apresentaram maiores escores de desesperança e ideação suicida comparado aos demais vínculos profissionais. Este padrão sugere que precariedade ou insegurança associadas ao vínculo contratual podem elevar risco, embora este preditor não tenha sido incluído no modelo multivariado final.

6.4 Fatores de saúde mental

Profissionais com condição psiquiátrica apresentaram desesperança e ideação suicida significativamente maiores comparado aos sem diagnóstico psiquiátrico. Na regressão multivariada, condição psiquiátrica diagnosticada foi fator de risco robusto, quase triplicando o risco de ideação suicida grave. Correa (2022) destaca que transtornos mentais figuram entre fatores de risco mais consistentemente associados a comportamentos suicidas, especialmente transtornos de humor. A coexistência de múltiplos transtornos mentais está correlacionada a aumento do risco, evidenciando padrão de "dose-resposta" no qual probabilidade de ocorrência aumenta proporcionalmente à quantidade de diagnósticos psiquiátricos. Kawasaki e Ambra (2021) apontam que estigma e negação por parte de médicos quanto à presença de condições psiquiátricas atuam como obstáculos significativos à busca por tratamento.

Profissionais com depressão apresentaram e ideação suicida substancialmente maiores comparado aos sem depressão. Na análise multivariada, depressão emergiu como preditor independente robusto, aproximadamente dobrando o risco de ideação suicida grave. Este resultado é congruente com literatura que documenta associação entre depressão maior e comportamento suicida. Estudo brasileiro de caso-controle de Padilha *et al.* (2024), comparando indivíduos com tentativas de suicídio versus controles, identificou depressão diagnosticada como preditor significativo com magnitude de associação similar à observada no presente estudo.

A ansiedade não apresentou associação significativa com desesperança na análise univariada. Contudo, indivíduos ansiosos apresentaram maiores escores de ideação suicida. Paradoxalmente, na análise multivariada, ansiedade emergiu como fator protetor, reduzindo em 42% o risco de ideação suicida grave. Segundo Trindade Júnior *et al.* (2021), ansiedade é inerente ao ser humano e pode atuar como mecanismo de defesa natural, colocando o corpo em estado de alerta para detectar perigos e ameaças. Este efeito protetor pode refletir que ansiedade moderada mantém vigilância psicológica sem progredir para desespero ou passividade suicida.

Usuários de psicofármacos apresentaram desesperança e ideação suicida maiores que não usuários. Similarmente, usuários de estimulantes psíquicos apresentaram desesperança e ideação suicida substancialmente maiores. Estes padrões refletem que profissionais com maior gravidade de sintomatologia utilizam medicações, configurando o uso farmacológico como marcador de severidade clínica.

Indivíduos em psicoterapia intermitente apresentaram os maiores escores de desesperança e ideação suicida, seguidos por aqueles com psicoterapia anterior, psicoterapia regular e ausência de psicoterapia, diferença estatisticamente significativa em ambas as escalas. Na análise multivariada, psicoterapia emergiu como fator de risco significativo, aumentando o risco de ideação suicida grave. Este resultado contra-intuitivo reflete que psicoterapia funciona como marcador de gravidade clínica: profissionais com sintomatologia mais grave buscam ou mantêm tratamento ativo, indicando que

psicoterapia não é prejudicial, mas que sua presença indica população de maior risco subjacente.

6.5 Limitações

O presente estudo apresenta limitações metodológicas que devem ser consideradas na interpretação de seus resultados. O delineamento transversal, embora adequado para estimativa de prevalência, impossibilita o estabelecimento de relações causais definitivas entre as variáveis estudadas. A natureza não probabilística da amostragem, baseada em conveniência e adesão voluntária, introduz potencial viés de seleção, adicionalmente, o tamanho amostral total, embora seja considerável para as análises principais, a segmentação em múltiplos subgrupos resulta em amostras menores para análises específicas, reduzindo o poder estatístico nestas comparações. O uso exclusivo de instrumentos de autorrelato, sem confirmação diagnóstica por avaliação clínica estruturada, constitui outra limitação relevante. Embora as escalas utilizadas possuam propriedades psicométricas robustas e validação para a população brasileira, estão sujeitas a vieses de resposta. Adicionalmente não foram aplicadas escalas adicionais de avaliação de ansiedade, como Escala Ansiedade de Beck. A coleta de dados mediante instrumento online, embora adequada para alcance nacional e garantia de anonimato, impossibilitou esclarecimentos em tempo real sobre dúvidas no preenchimento dos instrumentos. A ausência de grupo controle de outras especialidades médicas limita conclusões definitivas sobre a especificidade dos resultados para anesthesiologistas.

7 CONCLUSÃO

Este estudo evidencia que houve prevalência elevada de desesperança e ideação suicida entre anesthesiologistas brasileiros, que estão relacionadas a características demográficas, ocupacionais e psiquiátricas.

Dentre as sóciodemográficas, os níveis mais elevados de desesperança e ideação foram observados em indivíduos mais jovens, da geração Z, solteiros, sem filhos. Similarmente, em relação aos aspectos ocupacionais, aqueles com maior carga horária semanal e de modalidade de trabalho CLT apresentaram os piores escores. Em relação aos aspectos de saúde mental, profissionais com condição psiquiátrica diagnosticada, especificamente depressão, usuários de psicofármacos e aqueles com psicoterapia intermitente e anterior apresentaram piores escores de desesperança e ideação suicida. Indivíduos ansiosos apresentaram valores mais elevados que não ansiosos de ideação suicida.

A identificação do ponto de corte da ideação suicida grave pela curva ROC constituiu etapa metodológica que fundamentou a análise de regressão logística hierarquizada. A ideação grave, em anesthesiologistas, foi predita principalmente por fatores psiquiátricos e ocupacionais, enquanto fatores protetivos incluem ter filhos e presença de ansiedade, cujo o efeito protetivo pode ser resultante da interação com outras variáveis do modelo.

Os resultados reforçam a necessidade de estratégias institucionais sistemáticas voltadas à saúde mental de anesthesiologistas, incluindo monitoramento, acesso facilitado a suporte especializado, e adoção de limites razoáveis de carga horária, com foco na prevenção primária e na identificação precoce de indivíduos em risco.

Sugere-se que pesquisas futuras incluam estudos longitudinais acompanhando intervenções relacionadas a estratégias de prevenção, comparação com outras especialidades, e investigação qualitativa dos mecanismos de proteção.

REFERÊNCIAS

ABRAMSON, L. Y.; METALSKY, G. I. Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression. [S. l.], 1989. Disponível em: https://www.academia.edu/download/43102471/Hopelessness_Depression_A_Theory-Based_S20160226-11228-e97s9b.pdf. Acesso em: 14 nov. 2025.

AFONSO, A. M.; CADWELL, J. B.; STAFFA, S. J.; ZURAKOWSKI, D.; VINSON, A. E. Burnout Rate and Risk Factors Among Anesthesiologists in the United States. **Anesthesiology**, [S. l.], v. 134, n. 5, p. 683–696, 1 maio 2021. DOI: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003722>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9430843/>. Acesso em: 14 nov. 2025.

ALVARENGA, M. A. S.; HASTENREITER, F.; SALGADO, J. V.; REGO, M. F. G.; PEREIRA, K. I. R.; GUILHERMINO, C. S.; AZEVEDO, T. G. D.; PORTELA, D. D. N. Evidências de Validade de Conteúdo da Beck Cognitive Insight Scale, Versão Brasileira (BCIS-BR). **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 872–895, 30 jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2022.68658>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/68658>. Acesso em: 15 nov. 2025.

ALVES, L. I. do N.; SIQUEIRA, G. R. de; SANTOS, G. da S.; SOARES, A. R. de S.; SOUZA, A. I. G.; DANTAS, D. de S.; TENÓRIO, A. da S. Condições de trabalho e saúde de profissionais da linha de frente na pandemia de covid-19. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 48, p. e8791, 2024. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2024.v48n141/e8791/pt/>. Acesso em: 11 nov. 2025.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Stress in America 2020 survey signals a growing national mental health crisis [Press release]**. Washington D.C., USA: American Psychological Association, 2020. Disponível em: <https://www.apa.org/news/press/releases/2020/10/stress-mental-health-crisis>. Acesso em: 30 out. 2025.

ANDRADE, N. da C. de; FLORES, N. M.; LOPEZ, A. S. Q.; OLIVEIRA, F. M. de; FILHO, P. F. A. de A.; CAVALCANTE, R. L. de C.; CASTRO, T. de L.; CRUZ, M. L. USO DA ESCALA DE BECK COMO FERRAMENTA DE APOIO NA AVALIAÇÃO DA IDEIAÇÃO SUICIDA EM AMBULATÓRIOS PSIQUIÁTRICOS. **LUMEN ET VIRTUS**, [S. l.], v. 16, n. 49, p. 7045–7056, 1 jun. 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/levv16n49-062>. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/5984>. Acesso em: 14 nov. 2025.

AZIZI, A.; KHOOZAN, M.; JAVADIAN, S.; SHIRAFKAN, H.; VALIPOUR, R. Evaluation of Three-Step Theory (3ST) of Suicide in Hospitalized Patients with Suicidal Ideation in Psychiatry Department of Shahid Yahya Nejad Hospital in Babol. **Avicenna Journal of Clinical Medicine**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 37–46, 15 jun. 2024. DOI:

<https://doi.org/10.32592/ajcm.31.1.37>. Disponível em: <http://sjh.umsha.ac.ir/article-1-2946-en.html>. Acesso em: 14 nov. 2025.

BALSAMO, M.; CARLUCCI, L.; INNAMORATI, M.; LESTER, D.; POMPILI, M. Further Insights Into the Beck Hopelessness Scale (BHS): Unidimensionality Among Psychiatric Inpatients. **Frontiers in Psychiatry**, [S. l.], v. 11, 31 jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00727>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2020.00727/full>. Acesso em: 11 nov. 2025.

BECK, A. T.; WEISSMAN, A.; LESTER, D.; TREXLER, L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [S. l.], v. 42, n. 6, p. 861–865, dez. 1974. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/h0037562>.

BECK, Aaron T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G.; DERUBEIS, R. J.; HOLLON, S. D. **Cognitive Therapy of Depression**. [S. l.]: Guilford Publications, 2024. Disponível em: https://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=TIIMEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=X48WVXJ4mh&sig=OhNWui6D-RnrX79QpU2WGo_3E1E. Acesso em: 14 nov. 2025.

BECK, Aaron T.; STEER, R. A.; RANIERI, W. F. Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. **Journal of Clinical Psychology**, [S. l.], v. 44, n. 4, p. 499–505, jul. 1988. DOI: [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198807\)44:4%253C499::AID-JCLP2270440404%253E3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198807)44:4%253C499::AID-JCLP2270440404%253E3.0.CO;2-6). Disponível em: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-4679\(198807\)44:4<499::AID-JCLP2270440404>3.0.CO;2-6](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-4679(198807)44:4<499::AID-JCLP2270440404>3.0.CO;2-6). Acesso em: 14 nov. 2025.

BEZERRA, E. B. N.; GENUINO, E. M. A.; ROCHA, L. K. da S. G.; SILVA, R. P. da. “A Saída é a Morte”: Ideações Suicidas em Profissionais da Saúde. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, [S. l.], v. 17, n. 1, 22 out. 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/gerais/article/view/54583>. Acesso em: 15 nov. 2025.

CARPENTER, L. M.; SWERDLOW, A. J.; FEAR, N. T. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants. **Occupational and Environmental Medicine**, [S. l.], v. 54, n. 6, p. 388–395, jun. 1997. DOI: <https://doi.org/10.1136/oem.54.6.388>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1128798/>. Acesso em: 14 nov. 2025.

CARRIERI, D.; MATTICK, K.; PEARSON, M.; PAPOUTSI, C.; BRISCOE, S.; WONG, G.; JACKSON, M. Optimising strategies to address mental ill-health in doctors and medical students: ‘Care Under Pressure’ realist review and implementation guidance. **BMC Medicine**, [S. l.], v. 18, p. 76, 8 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01532-x>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7106831/>. Acesso em: 14 nov. 2025.

CHAVES VEGA, A.; SÁNCHEZ BELLO, N. F.; BOCANEGRA RIVERA, J. C.; GÓMEZ BUITRAGO, L. M. Suicide in Colombian anesthesiologists. National survey study. **Colombian Journal of Anesthesiology**, [S. l.], v. 50, n. 3, 2022. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-33472022000300203&script=sci_arttext. Acesso em: 15 nov. 2025.

CHEN, X.; LI, S. Serial mediation of the relationship between impulsivity and suicidal ideation by depression and hopelessness in depressed patients. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 1457, 31 jul. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16378-0>. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16378-0>. Acesso em: 11 nov. 2025.

CHU, C.; BUCHMAN-SCHMITT, J. M.; STANLEY, I. H.; HOM, M. A.; TUCKER, R. P.; HAGAN, C. R.; ROGERS, M. L.; PODLOGAR, M. C.; CHIURLIZA, B.; RINGER, F. B. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. **Psychological bulletin**, [S. l.], v. 143, n. 12, p. 1313, 2017. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2017-47896-001.html>. Acesso em: 11 nov. 2025.

COHEN, J. Statistical Power Analysis. **Current Directions in Psychological Science**, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 98–101, 1 jun. 1992. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>. Acesso em: 5 maio 2025.

CORRÊA, H. Tratado de Suicidologia. **Belo Horizonte: Editora Ampla**, [S. l.], 2022.

COSTA JÚNIOR, F. M. da; COUTO, M. T. Geração e categorias geracionais nas pesquisas sobre saúde e gênero no Brasil. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 24, p. 1299–1315, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015140408>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cZZzGsT55xQxw6XGQzLQQdJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 jan. 2026.

CRANNEY, S.; WILKINSON, S. T. The relationship between marital status and risk for suicidal thoughts, plans, and attempts: Evidence for a growing association. **Journal of Affective Disorders**, [S. l.], v. 391, p. 119862, 15 dez. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119862>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032725013047>. Acesso em: 11 nov. 2025.

CREMONESI, E. Suicídio entre os Anestesiologistas. **Revista brasileira de Anestesiologia**, [S. l.], v. 34, n. 3, 1984. Disponível em: <https://app.periodikos.com.br/article/5f9c9da18e6f1a40018b45c1/pdf/rba-34-3-225.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

CRUZ, L. T. S.; GONÇALVES, I. M.; MOURA, R. S.; DE SOUSA, M. R.; DE FIGUEIREDO JÚNIOR, H. S. Síndrome de Burnout, transtornos mentais e suicídio em médicos: uma

revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 15, n. 5, p. e10218–e10218, 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10218>. Acesso em: 11 nov. 2025.

CUNHA, J. A. Manual da versão em português das Escalas Beck. **São Paulo: casa do psicólogo**, [S. l.], v. 171, 2001.

DEHARA, M.; WELLS, M. B.; SJÖQVIST, H.; KOSIDOU, K.; DALMAN, C.; SÖRBERG WALLIN, A. Parenthood is associated with lower suicide risk: a register-based cohort study of 1.5 million Swedes. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [S. l.], v. 143, n. 3, p. 206–215, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.13240>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7983926/>. Acesso em: 6 fev. 2026.

DOZOIS, D. J.; COVIN, R. The Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Hopelessness Scale (BHS), and Beck Scale for Suicide Ideation (BSS). [S. l.], 2004. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2004-12821-005>. Acesso em: 14 nov. 2025.

DUTHEIL, F.; AUBERT, C.; PEREIRA, B.; DAMBRUN, M.; MOUSTAFA, F.; MERMILLOD, M.; BAKER, J. S.; TROUSSELARD, M.; LESAGE, F.-X.; NAVEL, V. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. **PloS One**, [S. l.], v. 14, n. 12, p. e0226361, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>.

FERREIRA, A. C. F. de L.; ROBERTO, J. C. A.; CAPOBIANGO, L. de C.; TRIGUEIRO, L. S.; FEIJÓ, M. G.; LIMA, P. B.; LIMA, S. C.; RODRIGUES, V. F. F. SAÚDE MENTAL NA MEDICINA: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA PREVENIR O BURNOUT EM MÉDICOS. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 4, n. 11, p. e6632–e6632, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/6632>. Acesso em: 11 nov. 2025.

FERREIRA, B. D.; DE LIMA, M. V.; COSTA, J. P.; FERREIRA, V. B. O SUICÍDIO EM PROFISSIONAIS MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA REVISÃO DA LITERATURA. **LUMEN ET VIRTUS**, [S. l.], v. 16, n. 50, p. 9322–9345, 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/6881>. Acesso em: 11 nov. 2025.

GRELLE, K.; SHRESTHA, N.; XIMENES, M.; PERROTTE, J.; CORDARO, M.; DEASON, R. G.; HOWARD, K. The Generation Gap Revisited: Generational Differences in Mental Health, Maladaptive Coping Behaviors, and Pandemic-Related Concerns During the Initial COVID-19 Pandemic. **Journal of Adult Development**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 381–392, dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10804-023-09442-x>. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s10804-023-09442-x>. Acesso em: 11 nov. 2025.

GURAN, E.; YAN, M.; HO, D.; VANDSE, R. Evaluation of psychological impact of COVID-19 on anesthesiology residents in the United States. **Heliyon**, [S. l.], v. 8, n. 11, p. e11815, 23 nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e11815>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9683519/>. Acesso em: 14 nov. 2025.

GURUNATHAN, U. Anesthesiologists and the Risk for Suicidal Behaviour: a Note of Concern. **Suicidologi**, [S. l.], v. 16, n. 3, 28 maio 2015. DOI: <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2127>. Disponível em: <https://journals.uio.no/suicidologi/article/view/2127>. Acesso em: 15 nov. 2025.

HAGMAR, L. Is the life expectancy of anesthesiologists decreased? **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 83–84, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.5271/sjweh.708>.

HORWITZ, A. G.; BERONA, J.; CZYZ, E. K.; YEGUEZ, C. E.; KING, C. A. Positive and Negative Expectations of Hopelessness as Longitudinal Predictors of Depression, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior in High-Risk Adolescents. **Suicide & life-threatening behavior**, [S. l.], v. 47, n. 2, p. 168–176, abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12273>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5205576/>. Acesso em: 14 nov. 2025.

IWEAMA, C. N.; AGBAJE, O. S.; LERUM, N. I.; IGBOKWE, C. C.; OZOEMENA, L. E. Suicidal ideation and attempts among Nigerian undergraduates: Exploring the relationships with depression, hopelessness, perceived burdensomeness, and thwarted belongingness. **Sage Open Medicine**, [S. l.], v. 12, p. 20503121241236137, 1 jun. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1177/20503121241236137>. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/20503121241236137>. Acesso em: 14 nov. 2025.

JAIN, L.; SARFRAZ, Z.; KARLAPATI, S.; KAZMI, S.; NASIR, M. J.; ATIQ, N.; ANSARI, D.; SHAH, D.; AAMIR, U.; ZAIDI, K.; SHAKIL ZUBAIR, A.; JYOTSANA, P. Suicide in Healthcare Workers: An Umbrella Review of Prevalence, Causes, and Preventive Strategies. **Journal of Primary Care & Community Health**, [S. l.], v. 15, p. 21501319241273242, 3 set. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1177/21501319241273242>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11375687/>. Acesso em: 14 nov. 2025.

KAWASAKI, I. H.; AMBRA, P. E. S. Estratégias de Prevenção do Suicídio em Médicos: Revisão Sistemática de Literatura. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 77–86, 6 maio 2021. DOI: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v29n1p77-86>. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/10796>. Acesso em: 11 nov. 2025.

KLIEM, S.; LOHMANN, A.; MÖSSLE, T.; BRÄHLER, E. Psychometric properties and measurement invariance of the Beck hopelessness scale (BHS): results from a German representative population sample. **BMC Psychiatry**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 110, 25 abr.

2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1646-6>. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1646-6>. Acesso em: 14 nov. 2025.

LEE, Y. S.; LEE, Y.; LIM, M. H. Suicidal Ideation, Depression, Anxiety, Impulsivity, Self-Esteem, Emotional Regulation, Child Trauma and Hopelessness in Korean Military Soldiers. **Healthcare**, [S. l.], v. 13, n. 18, p. 2356, jan. 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare13182356>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/18/2356>. Acesso em: 14 nov. 2025.

LEW, B.; CHISTOPOLSKAYA, K.; OSMAN, A.; HUEN, J. M. Y.; ABU TALIB, M.; LEUNG, A. N. M. Meaning in life as a protective factor against suicidal tendencies in Chinese University students. **BMC Psychiatry**, [S. l.], v. 20, p. 73, 18 fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02485-4>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7027298/>. Acesso em: 14 nov. 2025.

LIMA, C. L. S.; VELOSO, L. U. P.; LIRA, J. A. C.; SILVA, A. G. N.; ROCHA, Â. R. C.; CONCEIÇÃO, B. B. FATORES RELACIONADOS À DESESPERANÇA EM UNIVERSITÁRIOS. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 26, 3 maio 2021. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.76641>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/76641>. Acesso em: 14 nov. 2025.

LINDFORS, P. M.; NURMI, K. E.; MERETOJA, O. A.; LUUKKONEN, R. A.; VILJANEN, A.-M.; LEINO, T. J.; HÄRMÄ, M. I. On-call stress among Finnish anaesthetists. **Anaesthesia**, [S. l.], v. 61, n. 9, p. 856–866, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2006.04749.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2044.2006.04749.x>. Acesso em: 14 nov. 2025.

LUZ, L. S.; CASSENOTE, A. J. F.; VALENTE, E. P.; MARIANI, I.; LAZZERINI, M.; LIMA, C. V. T. C.; GIAMBERARDINO, D. D.; MARQUES, E. de F.; VON TIESENHAUSEN, H. A. V.; CABEÇA, H. L. S.; DAMÁSIO, L. C. V. da C.; DE SOUZA JÚNIOR, M. A.; DE SOUZA, P. H.; ROCHA, R. N. das M.; ZAHER-RUTHEFORD, V. L.; RIBEIRO, M. L. de B.; DA SILVA, A. G.; GALLO, J. H. da S. Mental health of Brazilian physicians: a nationwide cross-sectional study to investigate factors associated with the prevalence of suicide plans and attempts. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 46, p. e20233393, 21 jun. 2024. DOI: <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2023-3393>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11427992/>. Acesso em: 14 nov. 2025.

MAGALHÃES, E.; OLIVEIRA, Á. C. M. D. S.; GOVÊIA, C. S.; LADEIRA, L. C. A.; QUEIROZ, D. M.; VIEIRA, C. V. Prevalência de síndrome de burnout entre os anestesiológicos do Distrito Federal. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, [S. l.], v. 65, n. 2, p. 104–110, mar. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2013.07.016>. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034709414001196>. Acesso em: 15 nov. 2025.

MEITES, T. M.; DEVENEY, C. M.; STEELE, K. T.; HOLMES, A. J.; PIZZAGALLI, D. A. Implicit Depression and Hopelessness in Remitted Depressed Individuals. **Behaviour research and therapy**, [S. l.], v. 46, n. 9, p. 1078–1084, set. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.008>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2630854/>. Acesso em: 14 nov. 2025.

MOOSIVAND, M.; BAGIAN KULEMARZI, M. J.; ZAREMOHZZABIEH, Z.; ZAREAN, M.; RAJABI, M.; KHANJANI, S. The Structural Model of the Effects of Psychological Strain, Defeat, and Thwarted Belongingness on Suicidal Ideation in Adolescents via the Mediation of Depression and Hopelessness. **Archives of Suicide Research**, [S. l.], v. 28, n. 4, p. 1077–1092, 1 out. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2024.2314518>. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13811118.2024.2314518>. Acesso em: 14 nov. 2025.

MOREIRA, W. C. de A.; DE-SOUZA, F. T.; DIAS, E. C.; GOMES, S. A.; DA-SILVA, M. G.; GOMES, A. C. Q.; CASTRO, M. M. Z. Quality of life of physicians in the state of Minas Gerais, Brazil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 375, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9904827/>. Acesso em: 11 nov. 2025.

NEIL, H. A.; FAIRER, J. G.; COLEMAN, M. P.; THURSTON, A.; VESSEY, M. P. Mortality among male anaesthetists in the United Kingdom, 1957-83. **British Medical Journal (Clinical research ed.)**, [S. l.], v. 295, n. 6594, p. 360–362, 8 ago. 1987. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.295.6594.360>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1247213/>. Acesso em: 14 nov. 2025.

PADILHA, J. C.; GOETTENS, C.; COLTRO, E. C.; FACCIN, L. F.; DHAMER, T.; PEDRO, C. W.; NABINGER, A. B.; ROCHA, R.; STORCH, N. E.; TAPARELLO, C.; PANZENHAGEN, A. E. de C.; SHANSIS, F. M.; CONTINI, V. Padrão de comportamento impulsivo, de desesperança e de história de trauma na infância em uma amostra de pacientes com tentativa de suicídio do sul do Brasil: um estudo do tipo caso-controle. **Cuadernos de Educación y Desarrollo - QUALIS A4**, [S. l.], v. 16, n. 6, p. e4491–e4491, 14 jun. 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n6-091>. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/4491>. Acesso em: 11 nov. 2025.

PINEDA-ROA, C. A.; CAMPO-ARIAS, A.; BELLO-VILLANUEVA, A. M. Beck Hopelessness Scale-20: Dimensionality and Nomological Validity Among Colombian School-Age Adolescents. **Evaluation & the Health Professions**, [S. l.], v. 47, n. 1, p. 21–26, 1 mar. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1177/01632787231174479>. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/01632787231174479>. Acesso em: 14 nov. 2025.

RÁTIVA HERNÁNDEZ, N. K.; CARRERO-BARRAGÁN, T. Y.; ARDILA, A. F.; RODRÍGUEZ-SALAZAR, J. D.; LOZADA-MARTINEZ, I. D.; VELEZ-JARAMILLO, E.; ORTEGA DELGADO, D. A.; FIORILLO MORENO, O.; NAVARRO QUIROZ, E. Factors associated with suicide in physicians: a silent stigma and public health problem that has

not been studied in depth. **Frontiers in psychiatry**, [S. l.], v. 14, p. 1222972, 2023. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2023.1222972/full>. Acesso em: 15 nov. 2025.

SCHALCH, A. S.; MATIJASEVICH, A.; SCHEFFER, M. C. Onde trabalham os médicos formados na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo? Um estudo transversal observacional. **Revista de Medicina**, [S. l.], v. 101, n. 1, p. e-182234, 14 fev. 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i1e-182234>. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revistadc/article/view/182234>. Acesso em: 11 nov. 2025.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; RIBAS, S.; RESEK, J.; ARAÚJO, W.; MIOTTO, R. A.; POZ, M. R. D.; RUSSO, G.; ANDRIETTA, L. S.; BAHIA, L.; MOREIRA, J. P. de L.; CASTILHO, E. A. de; BRANDÃO, A. P. D.; MATIJASEVICH, A.; GUERRA, A.; ALMEIDA, C. de J.; MIOTTO, B. A.; GUILLOUX, A. G. A. **Demografia Médica no Brasil 2023**. 6. ed. SÃO PAULO, SP: Cristiane de Jesus Almeida, 18 jan. 2023. 350 p.

SHANAFELT, T. D.; BOONE, S.; TAN, L.; DYRBYE, L. N.; SOTILE, W.; SATELE, D.; WEST, C. P.; SLOAN, J.; ORESKOVICH, M. R. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. **Archives of Internal Medicine**, [S. l.], v. 172, n. 18, p. 1377–1385, 8 out. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>.

SHAYGAN, M.; HOSSEINI, F. A.; SHEMIRAN, M.; HEDAYATI, A. The effect of mobile-based logotherapy on depression, suicidal ideation, and hopelessness in patients with major depressive disorder: a mixed-methods study. **Scientific Reports**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 15828, 22 set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-43051-8>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-43051-8>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SIAU, C. S.; KLONSKY, E. D.; KÖLVES, K.; HUEN, J. M. Y.; CHAN, C. M. H.; FARIDUDDIN, M. N.; IBRAHIM, N.; TAN, Y. K.; JIA, C.; ZHANG, J.; LEW, B. Psychache, Hopelessness, and Suicidal Ideation and Behaviors: A Cross-Sectional Study from China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 21, n. 7, p. 885, jul. 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph21070885>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/21/7/885>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SLAVIN, S. Mental Health from Medical School to Medical Practice: Finding a Path Forward. **Missouri Medicine**, [S. l.], v. 118, n. 1, p. 7–12, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7861588/>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SOUSA, S. da R.; MADEIRA, K.; AMBROSIO, P. G.; CANCELLIER, S. G.; FRANCK, C. L. Perfil dos anesthesiologistas do Paraná e os aspectos que interferem na sua satisfação profissional. **BioSCIENCE**, [S. l.], v. 80, n. 2, p. 24–24, 1 nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.55684/80.2.24>. Disponível em: <https://bioscience.org.br/bioscience/index.php/bioscience/article/view/260>. Acesso em: 11 nov. 2025.

STEPHENSON, M.; PROM-WORMLEY, E.; LANNOY, S.; EDWARDS, A. C. The temporal relationship between marriage and risk for suicidal ideation. **Journal of Affective Disorders**, [S. l.], v. 343, p. 129–135, 15 dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.007>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032723011886>. Acesso em: 11 nov. 2025.

SUEKI, H. Relationship between Beck Hopelessness Scale and suicidal ideation: A short-term longitudinal study. **Death Studies**, [S. l.], v. 46, n. 2, p. 467–472, 7 fev. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1740833>. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1740833>. Acesso em: 11 nov. 2025.

SWANSON, S. P.; ROBERTS, L. J.; CHAPMAN, M. D. Are Anaesthetists Prone to Suicide? A Review of Rates and Risk Factors. **Anaesthesia and Intensive Care**, [S. l.], v. 31, n. 4, p. 434–445, ago. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1177/0310057X0303100413>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0310057X0303100413>. Acesso em: 15 nov. 2025.

TADINAC, M.; SEKULIĆ, A.; HROMATKO, I.; MAZUL-SUNKO, B.; IVANCIĆ, R. Age and individual sleep characteristics affect cognitive performance in anesthesiology residents after a 24-hour shift. **Acta Clinica Croatica**, [S. l.], v. 53, n. 1, p. 22–30, mar. 2014.

THOMPSON, T. M.; AKS, S. E. Case files of the Toxikon Medical Toxicology Fellowship in Chicago: The poisoned anesthesiologist. **Journal of Medical Toxicology**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 31–36, mar. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03161036>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3550125/>. Acesso em: 14 nov. 2025.

TRINDADE, S. C.; SOUSA, L. F. F. de; CARREIRA, L. B. Generalized anxiety disorder and prevalence of suicide risk among medical students. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 45, n. 02, p. e061, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/TtcvqnrwsPywf8sydGK7Xhm/?lang=en>. Acesso em: 11 nov. 2025.

TÜRK, N.; BATMAZ, H.; ÖZMEN, M.; ÖZDEMİR, M. An Investigation of the Psychometric Properties of the Turkish Version of the Beck Hopelessness Scale - Short Form (BHS-7). **Journal of Uludag University Faculty of Education**, [S. l.], v. 38, n. 2, p. 483–502, 26 ago. 2025. DOI: <https://doi.org/10.19171/uefad.1593861>. Disponível em: <https://dergipark.org.tr/en/pub/uefad/issue/94273/1593861>. Acesso em: 14 nov. 2025.

TWENGE, J. M.; COOPER, A. B.; JOINER, T. E.; DUFFY, M. E.; BINAU, S. G. Age, Period, and Cohort Trends in Mood Disorder Indicators and Suicide-Related Outcomes in a Nationally Representative Dataset, 2005–2017. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://www.apa.org/pubs/journals/features/abn-abn0000410.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2025.

UEDA, M.; NORDSTRÖM, R.; MATSUBAYASHI, T. Suicide and mental health during the COVID-19 pandemic in Japan. **Journal of Public Health**, Oxford, England, v. 44, n. 3, p. 541–548, 25 ago. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab113>.

VOLQUIND, D.; BAGATINI, A.; MONTEIRO, G. M. C.; LONDERO, J. R.; BENVENUTTI, G. D. Riscos e doenças ocupacionais relacionados ao exercício da anestesiologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, [S. l.], v. 63, p. 227–232, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942013000200013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/THQK55p5nYWDtcsVZqRs3qk/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2025.

YUAN, L.; WANG, D.-F.; LEW, B.; OSMAN, A.; JIA, C.-X. The future disposition Inventory-24: reliability and validity estimates in a large sample of Chinese University students. **BMC Psychiatry**, [S. l.], v. 18, p. 299, 17 set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1875-8>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6149006/>. Acesso em: 14 nov. 2025.

ZANINELLI, T. B.; CALDEIRA, G.; DE SOUZA FONSECA, D. L. Veteranos, Baby Boomers, Nativos Digitais, Gerações X, Y e Z, Geração Polegar e Geração Alfa: perfil geracional dos atuais e potenciais usuários das bibliotecas universitárias. **Brazilian Journal of Information Science**, [S. l.], n. 16, p. 5, 2022. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8486480>. Acesso em: 14 dez. 2025.

ZIMMERMANN, C.; STROHMAIER, S.; HERKNER, H.; NIEDERKROTENTHALER, T.; SCHERNHAMMER, E. Suicide rates among physicians compared with the general population in studies from 20 countries: gender stratified systematic review and meta-analysis. **BMJ**, [S. l.], v. 386, Seção Research, p. e078964, 21 ago. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-078964>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/386/bmj-2023-078964>. Acesso em: 14 nov. 2025.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Resolução 466/2012 – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e Conselho Nacional de Saúde CONEP/CNS).

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa "Prevalência de desesperança e ideação suicida em anesthesiologistas no Brasil", através deste questionário *online*.

Esta pesquisa será realizada com anesthesiologistas membros ativos da Sociedade Brasileira de Anesthesiologia (SBA), sem vinculação de dados pessoais e sem distinção de sexo, identidade de gênero, orientação sexual, cor, etnia e credo.

O objetivo dessa pesquisa é descobrir a prevalência de desesperança e ideação suicida em anesthesiologistas no Brasil. O motivo está na correlação dos fatores investigados com os quadros clínicos de *burnout*, transtornos de humor e suicídio, de alta prevalência nessa especialidade médica.

Benefícios da pesquisa:

Sua participação tem o potencial de fornecer dados e informações de caráter preventivo, isto é, que embasem a discussão do tema e a adoção de medidas de rastreio, além da implementação de melhorias a nível institucional, organizacional e nacional, garantindo-se a qualidade dos serviços anestésicos com qualidade de vida para o médico.

Riscos da pesquisa:

Para minimizar o risco de vazamento de dados pessoais, os pesquisadores não solicitaram nenhum dado de identificação pessoal e não vincularam o questionário aos e-mails dos participantes. Suas informações estão resguardadas pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD, 13.709/2018), a que se submete o *Google Forms*. Está garantido o sigilo de sua identidade e participação em todas as etapas da pesquisa, inclusive após a publicação dos resultados (Resolução nº 466/2012 – CONEP/CNS). Recomendamos que você salve uma cópia deste TCLE para consulta futura, caso julgue necessário.

Você pode sentir algum desconforto ou constrangimento ao responder o questionário. Você terá liberdade de abandonar a pesquisa sem qualquer penalidade e sem justificativa. Sua desistência não trará prejuízo a você, aos pesquisadores ou à instituição.

Você não terá nenhum custo e não receberá qualquer tipo de remuneração ou vantagem financeira.

Havendo qualquer gasto imprevisto decorrente desta pesquisa, está garantido o ressarcimento por compensação material, caso necessária. Havendo dano direto ou indireto, imediato ou tardio, decorrente desta pesquisa, você tem direito a indenização e garantia de assistência integral gratuita, pelo tempo necessário (Resolução nº 466/2012 – CONEP/CNS).

Você participará de modo *online*, através de questionário eletrônico do *Google Forms*, disponível após seu aceite a este TCLE. O questionário é composto de 3 (três) seções: (1) dados sociodemográficos; trabalho e carreira profissional; e antecedentes de saúde mental; (2) Escala de Desesperança de Beck (BHS); (3) Escala de Ideação Suicida de Beck (BDI). O tempo médio de resposta é de **10 minutos**.

Os dados serão coletados pelos pesquisadores. Em caso de dúvida ou necessidade de esclarecimentos, você poderá entrar em contato com os pesquisadores através do Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Universidade CEUMA no endereço: Rua Josué Montello, nº 1, Renascença II, São Luís/MA. Telefone: (98) 3214-4212. E-mail: cep@ceuma.br

Oswaldo Barbosa

Gleydes Leão

Igor Moraes

1. E-mail
2. Li e concordo em participar como voluntário, nos termos deste TCLE.
 - SIM
 - NÃO

APÊNDICE A – FICHA DE COLETA

1. Data de nascimento
2. Sexo
 - Masculino
 - Feminino
3. Estado civil
 - Solteiro
 - União estável
 - Casado
 - Divorciado
 - Viúvo
4. Tem filhos?
 - Sim
 - Não
5. Há quantos anos trabalha como anestesiológico?
6. Estado em que trabalha

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Acre (AC) ○ Alagoas (AL) ○ Amapá (AP) ○ Amazonas (AM) ○ Bahia (BA) ○ Ceará (CE) ○ Distrito Federal (DF) ○ Espírito Santo (ES) ○ Goiás (GO) ○ Maranhão (MA) ○ Mato Grosso (MT) ○ Mato Grosso do Sul (MS) ○ Minas Gerais (MG) ○ Pará (PA) | <ul style="list-style-type: none"> ○ Paraíba (PB) ○ Paraná (PR) ○ Pernambuco (PE) ○ Piauí (PI) ○ Rio de Janeiro (RJ) ○ Rio Grande do Norte (RN) ○ Rio Grande do Sul (RS) ○ Rondônia (RO) ○ Roraima (RR) ○ Santa Catarina (SC) ○ São Paulo (SP) ○ Sergipe (SE) ○ Tocantins (TO) |
|--|---|
7. Ambiente de trabalho (mais de uma resposta aceita)
 - Público
 - Privado
 - Hospitalar
 - Fora do hospital
 - Apenas anestesia ambulatorial
8. Modalidade de trabalho (mais de uma resposta aceita)
 - Formal/Assalariado/CLT
 - Concursado público municipal
 - Concursado público estadual
 - Concursado público federal
 - OS (prestadora de serviços médicos)
 - Plantonista
 - Cooperativa

- Autônomo/Freelancer
 - Grupo de anesthesiologia (CNPJ)
9. Média de horas trabalhadas por semana
- 40 horas
 - 60 horas
 - 80 horas
 - Mais de 80 horas
10. Tem alguma condição psiquiátrica diagnosticada? Se sim, qual?
11. Faz uso de psicofármacos? Quais? (mais de uma resposta aceita)
- Ansiolítico
 - Antidepressivo
 - Estabilizador do humor
 - Estimulante psíquico
 - Antiepilético
 - Antipsicótico
12. Faz psicoterapia? Se sim, há quanto tempo?

ANEXO A – ESCALA DE DESESPERANÇA DE BECK (BHS)

BHS

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na **última semana, incluindo hoje**, escureça o círculo com “C”, indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com “E”, indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. **Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.**

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Meu futuro me parece negro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Não espero conseguir o que realmente quero. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Tenho uma grande fé no futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. O futuro me parece vago e incerto. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Posso esperar mais tempos bons do que maus. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

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

ANEXO B – ESCALA DE IDEAÇÃO SUICIDA (BSI)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

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

Parte 1

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

_____ Subtotal da Parte 1

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

_____ Subtotal da Parte 2

_____ **Escore Total**

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

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

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

Parte 2

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

Passe para o Grupo 20.

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
MARANHÃO - UNICEUMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desesperança e ideação suicida em Anestesiologistas no Brasil pós-pandemia de COVID-19. Um inquérito eletrônico nacional.

Pesquisador: José Osvaldo Barbosa Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 74970423.5.0000.5084

Instituição Proponente: Centro Universitário do Maranhão - UniCEUMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.678.620

Apresentação do Projeto:

A ideação suicida e a desesperança são sinais e sintomas de causa multifatorial. Ambas podem estar correlacionadas à síndrome de burnout que é caracterizada por estafa físico-mental no contexto do trabalho, em 3 pontos: exaustão emocional, despersonalização e perda de realização profissional. Esses sinais e sintomas têm alta prevalência entre Anestesiologistas. A exposição continuada a estressores próprios do ambiente de trabalho aumenta a probabilidade de esgotamento das estratégias de enfrentamento do anestesiologista. Essa pesquisa objetiva estimar a prevalência de desesperança e ideação suicida em anestesiologistas membros da Sociedade Brasileira de Anestesia (SBA). Será conduzido um estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, que será realizado através da aplicação de um questionário eletrônico distribuído por e-mail, onde serão avaliadas variáveis sócio demográfica, e aplicadas ferramentas estruturadas de avaliação de desesperança e ideação suicida.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estimar a prevalência de desesperança e ideação suicida em anestesiologistas membros da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) no Brasil.

Objetivo Secundário:

Encontrar a prevalência de desesperança e ideação suicida em membros da SBA. Calcular ponto de

Endereço: DOS CASTANHEIROS

Bairro: JARDIM RENASCENÇA

UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.075-120

Telefone: (98)3214-4212

E-mail: cep@ceuma.br



Continuação do Parecer: 6.678.620

corte de risco dos valores obtidos pela Escala de Ideação Suicida de Beck. Conhecer quais fatores estão mais relacionados ao risco para desesperança e ideação suicida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Vazamento de dados.

Benefícios:

Conhecer a prevalência de desesperança e ideação suicida entre Anestesiologistas associados da Sociedade Brasileira de Anestesiologia. A partir dos dados obtidos na Escala de Ideação Suicida, calcular ponto de corte para risco elevado.- Conhecer fatores de risco associados com desesperança e ideação suicida, entre Anestesiologistas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de tema relevante e atual. O projeto de pesquisa esta muito bem delineado com instrumentos validados nacionalmente para a coleta dos dados. Os procedimentos de coleta e análise dos dados estão especificados. E as hipóteses claramente especificadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos e termos necessários para apreciação ética da pesquisa foram apresentados, estando adequados as resoluções e normativas do sistema CEP CONEP. As pendências enumeradas no parecer anterior foram apresentadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Mediante a análise do projeto de pesquisa e a documentação apresentada decide-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deverá apresentar a este CEP relatório final da pesquisa

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|---|------------------------|------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2201291.pdf | 05/12/2023 17:26:48 | | Aceito |
| Outros | termo_de_anuencia_assinado1.pdf | 05/12/2023 17:25:54 | IGOR RIBEIRO MORAES | Aceito |
| Outros | termo_de_anuencia_assinado.pdf | 05/12/2023 17:25:10 | IGOR RIBEIRO MORAES | Aceito |
| TCLE / Termos de | TCLE_com_contatos.pdf | 05/12/2023 | IGOR RIBEIRO | Aceito |

Endereço: DOS CASTANHEIROS
Bairro: JARDIM RENASCENÇA **CEP:** 65.075-120
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3214-4212 **E-mail:** cep@ceuma.br



Continuação do Parecer: 6.678.620

| | | | | |
|---|--|------------------------|------------------------|--------|
| Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_com_contatos.pdf | 17:23:52 | MORAES | Aceito |
| Cronograma | cronograma2.pdf | 05/12/2023 17:23:21 | IGOR RIBEIRO MORAES | Aceito |
| Brochura Pesquisa | discentegleylidesassinado.pdf | 23/09/2023 19:16:24 | IGOR RIBEIRO MORAES | Aceito |
| Brochura Pesquisa | discentigorassinado.pdf | 23/09/2023 19:15:57 | IGOR RIBEIRO MORAES | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | desesperancaideacaosuicidaassinado.pdf | 23/09/2023 19:12:10 | IGOR RIBEIRO MORAES | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhaderostoassinada.pdf | 13/09/2023 21:07:01 | IGOR RIBEIRO MORAES | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 01 de Março de 2024

Assinado por:
RUDYS RODOLFO DE JESUS TAVAREZ
 (Coordenador(a))

Endereço: DOS CASTANHEIROS
Bairro: JARDIM RENASCENCA **CEP:** 65.075-120
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3214-4212 **E-mail:** cep@ceuma.br