

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Ricardo Tavares Monteiro

**RESPOSTA EMOCIONAL DE MÉDICOS AO AVALIAR PACIENTES SUICIDAS:
O PAPEL DO ESTIGMA E DE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

UFCSPA

**Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre**

**Porto Alegre
2025**

RICARDO TAVARES MONTEIRO

RESPOSTA EMOCIONAL DE MÉDICOS AO AVALIAR PACIENTES SUICIDAS:

O PAPEL DO ESTIGMA E DE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

ORIENTADOR: DR. YGOR ARZENO FERRÃO

Porto Alegre

2025

Catálogo na Publicação

Monteiro, Ricardo Tavares

Resposta emocional de médicos ao avaliar pacientes suicidas : o papel do estigma e de fatores sociodemográficos / Ricardo Tavares Monteiro. -- 2025.
98 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2025.

Orientador(a): Prof. Dr. Ygor Arzeno Ferrão.

1. Suicídio; Suicidalidade; Estratificação de Risco de Suicídio; Tomada de decisão;. 2. Resposta Emocional (contratransferência); Empatia;. 3. Estigma; Crenças; Mitos; . 4. Perfil sociodemográfico; . 5. Médicos; Medicina; Tomada de decisão; . I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

APRESENTAÇÃO PÚBLICA

Folha de Aprovação

RICARDO TAVARES MONTEIRO

RESPOSTA EMOCIONAL DE MÉDICOS AO AVALIAR PACIENTES SUICIDAS: O PAPEL DO ESTIGMA E DE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

ORIENTADOR: YGOR ARZENO FERRÃO

Aprovado em: 05/05/2025

BANCA EXAMINADORA

Dr. Alfredo Cataldo Neto - Médico Psiquiatra - PUCRS

Dr. Lucas Primo de Carvalho Alves - Médico Psiquiatra - UFCSPA/HMIPV

Dr. Flávio Milman Shansis - Médico Psiquiatra - UFCSPA/HMIPV

“A vida humana começa do outro lado do desespero”

(Sartre, 1943)

AGRADECIMENTOS

Agradecer causa estranhamento, já que é por si só uma despedida do processo intenso que foram esses anos de mestrado - por outro lado, leva à certa comoção por me permitir ver as transformações implicadas nessa jornada.

Inicialmente, agradeço ao meu orientador, Dr. Ygor Ferrão, que aceitou me orientar sob uma única condição: “que tu te divirtas”. Aprimorar o gosto pela ciência e aprender a ter prazer no processo são lições que levo com carinho.

À minha família, agradeço pelo implacável estímulo à leitura e ao conhecimento - sem tantos domingos compartilhando as leituras individuais uns com os outros, talvez ler tantos textos tivesse sido uma missão impossível.

Aos meus amigos, sem dúvida meus maiores acertos: ao Gabriel, pela paciência firme e ainda assim cheia de possibilidades: esse trabalho não existiria sem a tua amizade; à Bruna, pelo espaço para pensar sem respostas certas e erradas - é sempre um privilégio contemplar o mistério entre as ideias contigo; ao Rafael, pela continência carinhosa e pelos momentos de gargalhada em meio ao caos; ao meu grupo de amigos da faculdade, que se tornou o grupo de amigos da vida: May, Dé, Vi, Vica, Pedro, Lu, Isa e Elise, que leriam esse dissertação dizendo que “é a minha cara”.

À Nadja Schroder, quem primeiro me pegou pela mão e abriu a porta para o mundo da Pesquisa: tua seriedade, tua fascinação e tua curiosidade pela ciência certamente tornaram este caminho mais sólido de se atravessar. Ao serviço de Psiquiatria do HSL-PUCRS, que me mostrou pela primeira vez a pesquisa no mundo da Psiquiatria, e aos quais serei sempre grato. Ao Serviço de Psiquiatria da UFCSPA/HMIPV, que de modo tão sensível e responsável vem moldando minha formação para poder exercer a profissão que escolhi para a vida: ser psiquiatra. Aos meus colegas e agora amigos, que

compartilham comigo essa travessia dura e necessária que é a residência médica: Gabi, Nati, Aline e Sthefano.

Aos meus contatos de emergência do mundo da pesquisa: Mariane Bermudez, Matheus Kury e Ana Ache, que auxiliaram com minhas inquietações de modo afetivo, me ajudando a descobrir quais labirintos explorar neste momento (e quais não).

Por fim, ao PPGCS e à banca examinadora, professor Alfredo Cataldo Neto, Dr. Lucas Primo e Dr. Flávio Shansis, que aceitaram cumprir a curiosa tarefa de pensar junto e mostrar caminhos antes não explorados.

RESUMO

Objetivo: Investigar se as respostas emocionais de médicos — conceituadas como contratransferência — estão associadas ao estigma relacionado ao suicídio e a fatores individuais, incluindo gênero, idade, experiência clínica, formação sobre suicídio e especialidade médica. **Métodos:** Estudo transversal realizado por meio de um questionário online autorrespondido com 178 médicos no Brasil. Os participantes responderam instrumentos avaliando dados sociodemográficos, resposta emocional a pacientes suicidas, e estigma relacionada ao suicídio. Os dados foram analisados por regressões lineares múltiplas, correlações de Pearson, testes t e análise de rede. **Resultados:** As dimensões de resposta emocional (aproximação, indiferença e rejeição) não foram associadas ao estigma sobre suicídio. No entanto, componentes emocionais específicos mostraram associação significativa: “disposição para ajudar” associou-se negativamente ao estigma ($\beta = -0,32$, $p = 0,004$), enquanto “desinteresse” associou-se positivamente ($\beta = 0,23$, $p = 0,022$). Mulheres apresentaram maior nível de aproximação ($r = 0,23$), mais empatia ($r = 0,31$) e menor estigma ($r = -0,30$). Anos de prática correlacionaram-se positivamente com estigma ($r = 0,16$) e negativamente com educação sobre suicídio ($r = -0,35$). Psiquiatras apresentaram maiores níveis de aproximação e menores níveis de estigma em comparação a não psiquiatras. Burnout esteve associado a maior indiferença ($r = 0,27$). A análise de rede indicou que indiferença e especialidade médica apresentaram maior centralidade. **Conclusões:** Respostas emocionais específicas — especialmente disposição para ajudar e desinteresse — associam-se ao estigma sobre o suicídio entre médicos. Características individuais como gênero, especialidade médica e experiência na área também influenciam o engajamento emocional. Tais achados indicam a importância de integrar a consciência emocional e a redução do estigma à formação médica como potencial estratégia de prevenção do suicídio.

Palavras-chave: Suicídio; Estigma; Resposta Emocional; Contratransferência; Médicos; Empatia; Burnout;

ABSTRACT

Objective: To investigate whether physicians' emotional responses are associated with suicide-related stigma and individual-level factors, such as gender, age, years of practice, education on suicide and medical specialty. **Methods:** A cross-sectional, web-based survey was conducted with 210 physicians in Brazil. Participants voluntarily completed validated self-report instruments assessing sociodemographic data, emotional responses to suicidal patients, suicide-related stigma, burnout and empathy. Data were analyzed using multiple linear regressions, Pearson correlations, t-tests, and network analysis. The study was approved by the university ethics committee. **Results:** Emotional response dimensions (closeness, distance and indifference) were not significantly associated with suicide-related stigma. However, specific emotional components were related to stigma: "willingness to help" was negatively associated with stigma ($\beta = -.32$, $p = .004$), while "lack of concern" was positively associated with stigma ($\beta = .23$, $p = .022$). Female gender was associated with higher closeness ($r = .23$), more empathy ($r = .31$), and lower stigma ($r = -.30$). Years of practice were positively associated with stigma ($r = .16$) and negatively associated with suicide-related education ($r = -.35$). Psychiatrists reported higher closeness scores and lower stigma levels compared to non-psychiatrists. Burnout was associated with greater indifference ($r = .27$). Network analysis confirmed key associations and revealed that indifference and medical specialty had the highest centrality values. **Conclusions:** Specific emotional responses - notably willingness to help and lack of concern - are associated with suicide-related stigma among physicians. Individual characteristics such as gender, specialty, and years of practice also influence emotional engagement. These findings highlight the potential value of integrating emotional awareness and stigma reduction strategies into physician training for suicide prevention. **Keywords:** Suicide; Stigma; Emotional Response; Physicians; Empathy;

SUMÁRIO

(1) INTRODUÇÃO	11
(2) REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1. SUICÍDIO.....	12
2.2. RESPOSTA EMOCIONAL (CONTRATRANSFERÊNCIA).....	13
2.3. ESTIGMA: MITOS, CRENÇAS E ATITUDES.....	13
2.4. FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	14
(3) JUSTIFICATIVA	16
(4) OBJETIVOS	17
(5) HIPÓTESE	18
(6) REVISTA CIENTÍFICA	19
(7) CONCLUSÃO	20
(8) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
(9) ANEXOS	26
9.1. ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética da UFCSPA	
9.2. ANEXO B - Normas de submissão ao <i>Brazilian Journal of Psychiatry</i>	
9.3. ANEXO C - Questionário registrado na plataforma RedCap, incluindo:	
Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE); Questionários sociodemográfico; Escala de Avaliação de Mitos, Crenças e Atitudes Sobre Suicídio (EMCAS); Escala para Avaliação de Contratransferência (EACT); Avaliação de Suicidalidade; Burnout Assessment Tool (BAT); Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI)	

1. INTRODUÇÃO

O suicídio constitui um grave problema de saúde pública em escala global. Estima-se que mais de 700 mil pessoas morram por suicídio a cada ano no mundo, representando uma das principais causas de morte entre jovens de 15 a 29 anos (World Health Organization, 2025). No Brasil, as taxas de suicídio mostraram aumento considerável entre 2015 e 2022, especialmente entre adultos do sexo masculino e idosos (Oliveira *et al*, 2024). Apesar da dimensão do problema e dos avanços na área da saúde mental, o reconhecimento precoce do risco de suicídio por parte dos profissionais de saúde continua sendo um grande desafio.

Entre os fatores que dificultam essa identificação, destacam-se não apenas aspectos racionais, mas também fatores subjetivos. A forma como o profissional percebe e reage emocionalmente ao paciente com ideação suicida pode impactar significativamente o julgamento clínico e a condução do atendimento (Yaseen *et al*, 2013; Barzilay *et al*, 2018). Essas reações emocionais — denominadas contratransferência na literatura psicodinâmica — podem incluir sentimentos de medo, frustração, impotência, ou mesmo evitação diante de pacientes com risco iminente de suicídio (Eizirik *et al*, 1991). Historicamente tratadas como um obstáculo técnico, essas respostas passaram a ser compreendidas como uma possível fonte de informação clínica relevante, desde que reconhecidas e manejadas adequadamente (Zaslavsky *et al*, 2005).

Outro elemento importante a ser considerado é o estigma relacionado ao suicídio. Mitos e crenças equivocadas, como a ideia de que falar sobre suicídio pode estimular comportamentos suicidas, ou de que pessoas que expressam desejo de morrer estão apenas buscando atenção, seguem presentes inclusive entre profissionais da saúde (Nicholas *et al*, 2020; Guimarães *et al*, 2021). Esse estigma pode influenciar tanto a atitude do profissional quanto sua disponibilidade emocional para o atendimento (Turecki, 2016).

Diante desse cenário, o presente estudo buscou investigar a relação entre as respostas emocionais de médicos frente a pacientes suicidas, bem como de fatores cognitivos, como o estigma relacionado ao suicídio, considerando ainda variáveis individuais como especialidade médica, tempo de prática profissional e o fato de ter recebido aulas direcionadas à avaliação de suicídio.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Suicídio

A suicidalidade é compreendida como um fenômeno que abrange um *continuum* de manifestações, que vão desde a ideação suicida, passando pelas tentativas de suicídio (TS), até o suicídio consumado (Gassmann-Mayer *et al*, 2011). Apesar de sua gravidade e impacto, o reconhecimento da suicidalidade como um problema de saúde pública ocorreu apenas a partir da década de 1990, quando a Organização Mundial da Saúde passou a divulgar relatórios sistemáticos com dados epidemiológicos sobre o tema (Botega, 2015).

De acordo com esses levantamentos, o suicídio é responsável por aproximadamente um milhão de mortes por ano em todo o mundo, número que não inclui os casos de tentativa, muitas vezes subnotificados. Entre indivíduos com idades entre 15 e 44 anos, o suicídio figura entre as três principais causas de morte, o que evidencia sua relevância epidemiológica e a necessidade de estratégias eficazes de prevenção (Botega, 2015).

Aproximadamente metade das pessoas que morrem por suicídio estiveram em consulta na Atenção Primária à Saúde no mês anterior à morte, porém ao avaliar os prontuários médicos retrospectivamente, raras vezes há registros tanto do relato do paciente sobre ideação suicida, quanto do fato de o profissional ter ou não questionado sobre isso (Ahmedani *et al*, 2014). A primeira exposição ao suicídio de um paciente ocorre frequentemente no início da carreira médica (Leaune *et al*, 2021), fenômeno ainda mais marcado para psiquiatras, dos quais $\frac{2}{3}$ terão um paciente que comete suicídio (Alexander *et al*, 2000).

Além da falta de instrumentos validados para o rastreamento de suicídio, o processo de tomada de decisão em relação à estratificação de risco pode ser influenciado por fatores emocionais (como os sentimentos contratransferenciais) e fatores cognitivos (como o estigma), ambos presentes no médico ao avaliar esse paciente.

2.2. Resposta emocional (contratransferência)

Fatores emocionais incluem a resposta emocional, referido também como contratransferência na literatura psicodinâmica. “Contratransferência” é um conceito complexo, que pode ser compreendido sob diferentes perspectivas teóricas: em linhas gerais, refere-se aos sentimentos conscientes e inconscientes do profissional em relação ao paciente, frequentemente desencadeados por características específicas deste — como seu estilo de vinculação, traços de personalidade, padrões de apego e o tipo de transferência estabelecida na relação terapêutica (Silveira Júnior *et al*, 2011; Gabbard, 2001).

Esse fenômeno tem importância, uma vez que médicos apresentam respostas emocionais ao avaliar pacientes, e isso tende a se intensificar em situações de avaliação de risco de suicídio, considerando as intensas emoções que esses casos costumam evocar — como tristeza, angústia, medo, desesperança, reprovação moral, sensação de impotência ou raiva (Eizirik *et al*, 1991; Barzilay *et al*, 2018; Yaseen *et al*, 2013).

Respostas emocionais negativas podem comprometer a avaliação de risco de suicídio, potencialmente prejudicando a prevenção do suicídios em caso de risco iminente (Barzilay *et al*, 2018). Caso não identificadas, essas emoções podem enviesar o julgamento clínico e a qualidade do cuidado (Barzilay *et al*, 2018; Ying G *et al*, 2020);

Consideramos importante destacar que sentimentos contratransferenciais não são exclusivos de psiquiatras ou psicoterapeutas. Médicos generalistas, internistas, emergencistas, pediatras e demais especialistas também experienciam reações emocionais ao atenderem pacientes em sofrimento psíquico agudo. Muitas vezes, esses profissionais são os primeiros a ter contato com indivíduos em risco. Além de sentimentos contratransferenciais, outros fatores podem influenciar a tomada de decisão destes profissionais, como os fatores cognitivos. Fatores cognitivos incluem a coleta da história clínica, o raciocínio epidemiológico, bem como os mitos, crenças e atitudes sobre o suicídio, que configuram o fenômeno do estigma. (Ying *et al*, 2021)

2.3. Estigma: mitos, crenças e atitudes

O estigma é um constructo que engloba ideias, percepções e julgamentos socialmente construídos, por vezes baseados em informações equivocadas sobre

determinado fenômeno. No contexto do suicídio, o estigma pode se manifestar por meio de mitos culturalmente enraizados, crenças individuais distorcidas e atitudes negativas em relação às pessoas que expressam ideação suicida ou que já tentaram o autoextermínio (Silva *et al*, 2021). A presença desse estigma representa uma barreira significativa para a prevenção do suicídio, uma vez que pode comprometer tanto a identificação precoce de sinais de risco quanto a disposição dos pacientes em buscar ajuda (Turecki, 2016). Além disso, o estigma pode reforçar a vergonha, a exclusão social, chegando a aumentar o risco de suicídio ao diminuir o ato de pedir ajuda por parte de pessoas em sofrimento psíquico (Stickley *et al*, 2016). Mitos comuns envolvem acreditar que falar sobre suicídio poderia desencadear ideação suicida, bem como a crença equivocada de que pessoas suicidas “só querem chamar atenção” (Dazzy *et al*, 2014).

Silva e Seidl (2021) investigaram o estigma em uma população de profissionais de segurança pública que atendiam casos de tentativa de suicídio. Os resultados evidenciaram que determinadas posturas frente ao fenômeno estavam fortemente relacionadas a valores pessoais, os quais, por sua vez, influenciavam diretamente o desempenho dos participantes em uma escala que avaliava mitos, crenças e atitudes sobre o tema.

2.4. Fatores sociodemográficos

Consideramos que o processo de tomada de decisão é influenciado por fatores emocionais (sentimentos contratransferenciais) e cognitivos (estigma). Além disso, consideramos que fatores sociodemográficos também influenciam esse processo. Alguns grupos mostram respostas diferentes ao sofrimento psíquico: homens e idosos tendem a endossar estigmas em relação ao suicídio (Oliveira *et al*, 2024), enquanto mulheres e profissionais com menor tempo de formação apresentam maiores índices de estresse (Ting *et al*, 2006; Seguin *et al*, 2014; Dutheil *et al*, 2019). Médicos também são vulneráveis a crenças estigmatizantes, podendo internalizar narrativas socioculturais sobre o suicídio (Yaseen *et al*, 2013). Ao comparar médicos psiquiatras e não-psiquiatras, espera-se que psiquiatras tenham maior conhecimento e consciência sobre o fenômeno do suicídio comparados com não-psiquiatras (Koparal *et al*, 2024). Educação específica e treinamento sobre avaliação de suicídio aumentam a habilidade de clínicos avaliarem o risco de suicídio e manejar pacientes (Berardelli *et al*, 2022).

Considerando esses achados, o atual estudo também avalia se características individuais como gênero, tempo de formação, experiência prévia com pacientes suicidas e educação específica em relação ao suicídio se relacionam com estigma em relação ao suicídio.

3. JUSTIFICATIVA

Considerando a importância da avaliação do risco de suicídio por médicos, e pensando em possíveis fatores que possam influenciar essa tomada de decisão, é fundamental avaliar se há relação entre a resposta emocional do médico e o estigma sobre o suicídio. Além disso, é importante estabelecer se variáveis sociodemográficas como gênero, idade, tempo de formação e especialidade médica (psiquiatras e não-psiquiatras) podem influenciar a resposta emocional de médicos ao avaliar pacientes suicidas.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

Explorar quais as respostas emocionais (sentimentos contratransferenciais) de médicos frente pacientes suicidas, avaliando uma possível relação com estigma em relação ao suicídio.

4.2 Específicos

1. Explorar quais são os principais domínios contratransferenciais (aproximação, indiferença e afastamento) de médicos frente a pacientes suicidas, e se esses domínios se relacionam com estigma sobre suicidalidade

2. Explorar quais são os sentimentos específicos em cada domínio contratransferencial que se relacionam com o estigma

3. Investigar se há relação dos sentimentos contratransferenciais de médicos frente a pacientes suicidas e características sociodemográficas do médico, como:

- Gênero, idade, anos de atuação médica, especialidade médica, se teve alguma aula sobre como abordar suicídio na graduação, se teve síndrome de Burnout

5. HIPÓTESE

Temos a hipótese de que as respostas emocionais de médicos frente a pacientes com comportamento suicida estão associadas ao estigma relacionado ao suicídio. Além disso, acreditamos que as respostas emocionais dos médicos variam de acordo com fatores individuais, como gênero, idade, tempo de prática profissional, formação específica sobre suicídio, e especialidade médica (comparando psiquiatras e não-psiquiatras).

6. REVISTA CIENTÍFICA

Optamos por redigir um artigo, “*Exploring Physicians’ Emotional Responses to Suicidal Patients: The Role of Stigma and Individual Factors*”, que será submetido para o periódico *Brazilian Journal of Psychiatry*. As regras da revista estão anexadas à dissertação.

7. CONCLUSÃO

Esta dissertação teve como objetivo investigar as respostas emocionais de médicos frente a pacientes suicidas, avaliando sua relação com o estigma relacionado ao suicídio e com fatores individuais como gênero, idade, tempo de prática profissional, especialidade médica e formação em prevenção ao suicídio. A partir da aplicação de instrumentos validados em uma amostra de 178 médicos, foram realizadas análises quantitativas para avaliar uma potencial associação entre como variáveis emocionais e cognitivas no contexto da avaliação do risco de suicídio.

Os resultados indicaram que, embora as dimensões de resposta emocional — aproximação, indiferença e rejeição — não tenham apresentado associação direta com o estigma, componentes específicos dessas respostas mostraram-se significativamente relacionados. “Disposição para ajudar” esteve associada a menores níveis de estigma, enquanto o “desinteresse” correlacionou-se com níveis mais elevados de estigma. Esses achados reforçam a ideia de que determinadas emoções sentidas pelo médico durante o atendimento podem refletir suas crenças e atitudes em relação ao suicídio.

Além disso, foi possível observar que fatores individuais influenciam significativamente as respostas emocionais. Médicas mulheres apresentaram maiores níveis de empatia e aproximação, além de menor estigma. Médicos com maior tempo de prática relataram mais estigma e menor educação formal sobre suicídio, sugerindo uma possível lacuna na formação prévia. A especialidade médica também se mostrou relevante: psiquiatras demonstraram maior aproximação e menor estigma em comparação a médicos de outras áreas.

Em conjunto, esses resultados evidenciam a importância de considerar aspectos subjetivos e formativos do profissional na abordagem clínica do comportamento suicida. A contratransferência e a empatia podem influenciar a avaliação clínica. A redução do estigma e a promoção da autopercepção emocional entre médicos podem representar campos de estudo promissores.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med.* 2014 Jun;29(6):870–7.

Alexander DA, Klein S, Gray NM, Dewar IG, Eagles JM. Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ.* 2000 Jun 10;320(7249):1571-4. doi: 10.1136/bmj.320.7249.1571. PMID: 10845964; PMCID: PMC27400.

Alves PC, Oliveira AF, Paro HBMS. Quality of life and burnout among faculty members: how much does the field of knowledge matter? *PLoS One.* 2019;14(3):e0214217.

Barzilay S, Gagnon A, Yaseen ZS, Chennapragada L, Lloveras L, Bloch-Elkouby S, et al. Associations between clinicians' emotion regulation, treatment recommendations, and patient suicidal ideation. *Suicide Life Threat Behav.* 2022;52(2):329–40.

Barzilay S, Yaseen ZS, Hawes M, Gorman B, Altman R, Foster A, et al. Emotional responses to suicidal patients: factor structure, construct, and predictive validity of the Therapist Response Questionnaire-Suicide Form. *Front Psychiatry.* 2018;9:104.

Berardelli I, Aguglia A, Cassioli E, Bersani FS, Longo L, Luciano M, Minichino A, Santambrogio J, Solmi M, Rossi R, Ribolsi M, Gattoni E, Monteleone AM.

Suicide-Related Knowledge among Italian Early Career Psychiatrists and Trainees: Results from a Cross-Sectional Survey. *Brain Sci.* 2022 Nov 25;12(12):1619. doi: 10.3390/brainsci12121619. PMID: 36552079; PMCID: PMC9776389.

Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.

Bruck E, Winston A, Aderholt S, Muran JC. Predictive validity of patient and therapist attachment and introject styles. *Am Psychothera.* 2006;60:393-406.

Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychol Med*. 2014 Jul;44(16):3361–3.

Dutheil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, Baker JS, Trousselard M, Lesage FX, Navel V. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019 Dec 12;14(12):e0226361. doi: 10.1371/journal.pone.0226361. PMID: 31830138; PMCID: PMC6907772.

Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014;89(3):443–51.

Eizirik CL, Costa F, Kapczinski F, Piltcher R, Gauer R, Libermann Z. Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychother Psychosom*. 1991;56(3):174–81.

Gabbard GO. A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *J Clin Psychol*. 2001;57(8):983–91.

Gassmann-Mayer C, Jiang K, McSorley P, Arani R, Dubrava S, Suryawanshi S, et al. Clinical and statistical assessment of suicidal ideation and behavior in pharmaceutical trials. *Clin Pharmacol Ther*. 2011;90(4):554–60.

Gonçalves Guimarães Silva J, Seidl EMF. Mitos, crenças e atitudes sobre suicídio: visão de profissionais de segurança. *Psicol Pesqui*. 2021;15(3):1–24.

Hendin H, Reynolds C, Fox D, et al. Doctors who commit suicide. *Am J Psychiatry*. 2000;157(12):1925–7.

Hofsess CD, Tracey TJ. Countertransference as a prototype: the development of a measure. *J Couns Psychol*. 2010;57(1):52–67.

Hojat M, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas*. 2001;61(2):349–65.

Kernberg O. Notes on countertransferences. *J Am Psychoanal Assoc*. 1965;13(1):38–56.

Koller SH, Camino C, Ribeiro J. Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. *Estud Psicol (Campinas)*. 2001;18(3):43–53.

Koparal B, Aksu MH, Candansayar S. Why do psychiatrists commit suicide? Denial or stigma? *J Clin Psychiatry*. 2024;27(2):101–7.

Leaune E, Allali R, Rotgé JY, Simon L, Vieux M, Fossati P, Gaillard R, Gourion D, Masson M, Olié E, Vaiva G. Prevalence and impact of patient suicide in psychiatrists: Results from a national French web-based survey. *Encephale*. 2021 Dec;47(6):507-513. doi: 10.1016/j.encep.2020.11.011. Epub 2021 Apr 2. PMID: 33814167.

Maltsberger JT, Buie DH. Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1974;30(5):625–33.

McLaren S, et al. The importance of empathy in the recognition and response to suicidal distress: a qualitative study of general practitioners. *BMC Psychiatry*. 2014;14:1–7.

Moutier C. Physician mental health: barriers and pathways to help-seeking. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc*. 2018;81(3):46–52.

Nicholas A, Niederkrötenhaler T, Reavley N, et al. Belief in suicide prevention myths and its effect on helping: a nationally representative survey of Australian adults. *BMC Psychiatry*. 2020;20:303.

Oliveira FS, Dutra HF, Fófano GA. Panorama epidemiológico do suicídio no Brasil: tentativas e óbitos. *Rev Cient Esc Est Saúd Públ Goiás Cândido Santiago*. 2024;10:1–7.

Oliveira J, Fialho E, Azevedo J, Naslund JA, Barreto ML, Patel V, et al. The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. *Lancet Reg Health Am*. 2024 Feb;100691.

Oliveira JR, et al. Perfil sociodemográfico de médicos e sua relação com sofrimento psíquico: uma revisão integrativa. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(2):e103.

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

Sartre, J.P. *As Moscas* (1943). 2ª edição. Lisboa: Editora Presença; 1965

Schaufeli WB, Desart S, De Witte H. Burnout Assessment Tool (BAT)—development, validity, and reliability. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9495.

Séguin M, Bordeleau V, Drouin MS, Castelli-Dransart DA, Giasson F. Professionals' reactions following a patient's suicide: review and future investigation. *Arch Suicide Res.* 2014;18(4):340-62. doi: 10.1080/13811118.2013.833151. PMID: 24846577.

Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012;172(18):1377–85.

Silva JGG, Seidl EMF. Mitos, crenças e atitudes sobre suicídio: visão de profissionais de segurança. *Psicol Pesqui.* 2021;15(2):e31097.

Silveira Júnior ÉM, Polanczyk GV, Hauck S, Eizirik CL, Ceitlin LHF. Can countertransference at the early stage of trauma care predict patient dropout of psychiatric treatment? *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(4):379–84.

Silveira Júnior ÉM, Polanczyk GV, Eizirik M, Hauck S, Eizirik CL, Ceitlin LHF. Trauma and countertransference: development and validity of the Assessment of Countertransference Scale (ACS). *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(2):201–6.

Stickley A, Koyanagi A. Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: findings from a general population survey. *J Affect Disord.* 2016;197:81–7.

Ting L, Sanders S, Jacobson JM, Power JR. Dealing with the aftermath: a qualitative analysis of mental health social workers' reactions after a client suicide. *Soc Work.* 2006;51(4):329–41.

Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet.* 2016 Mar;387(10024):1227–39.

World Health Organization. Suicide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Mar 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Yaseen ZS, Briggs J, Kopeykina I, et al. Distinctive emotional responses of clinicians to suicide-attempting patients: a comparative study. *BMC Psychiatry.* 2013;13:230.

Yaseen ZS, Galynker II, Cohen LJ, Briggs J. Clinicians' conflicting emotional responses to high suicide-risk patients: association with short-term suicide behaviors. *Compr Psychiatry.* 2017;76:69–78.

Ying G, Cohen LJ, Lloveras L, Barzilay S, Galynker I. Multi-informant prediction of near-term suicidal behavior independent of suicidal ideation. *Psychiatry Res.* 2020 Sep;291:113169.

Ying G, Chennapragada L, Musser ED, Galynker I. Behind therapists' emotional responses to suicidal patients: a study of the narrative crisis model of suicide and clinicians' emotions. *Suicide Life Threat Behav.* 2021;51(4):684–95.

Zaslavsky J, Santos MJP. Countertransference in psychotherapy and psychiatry today. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2005;27(1):60–8.

9. ANEXOS

9.1. ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética da UFCSPA

9.2. ANEXO B - Normas de submissão ao *Brazilian Journal of Psychiatry*

9.3. ANEXO C - Questionário registrado na plataforma RedCap, incluindo:

Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE)

Questionários sociodemográfico

Escala de Avaliação de Mitos, Crenças e Atitudes Sobre Suicídio (EMCAS)

Escala para Avaliação de Contratransferência (EACT)

Avaliação de Suicidalidade

Burnout Assessment Tool (BAT)

Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI)

9. ANEXOS

9.1. ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética da UFCSPA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SUICIDALIDADE NO HOSPITAL GERAL: RELAÇÃO ENTRE A RESPOSTA EMOCIONAL DO MÉDICO ASSISTENTE E SEU PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Pesquisador: Ygor Arzeno Ferrão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63897822.6.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.802.974

Apresentação do Projeto:

o suicídio se configura como uma questão de saúde pública que progressivamente ganha mais relevância. Esse fenômeno com frequência é identificado primeiramente por médicos não especialistas em saúde mental, e pode despertar diferentes tipos de respostas emocionais (contratransferência) quando identificado. Essa resposta pode ser relacionada por demais fatores: o perfil sociodemográfico do médico avaliador, a empatia, a existência de mitos e crenças em relação ao suicídio, e inclusive a presença de Burnout. No entanto, ainda não estão estabelecidas quais respostas emocionais são essas, nem quais os principais fatores determinantes e como eles as influenciam.

Objetivo da Pesquisa:

avaliar a relação entre a resposta emocional despertada no médico frente à suicidalidade do paciente e seus dados sociodemográficos, bem como sua história pessoal de saúde mental, possibilidade de Burnout e sua empatia ao avaliar pacientes suicidas na emergência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Os riscos associados à participação no estudo são os inerentes ao acesso à internet, e incluem a violação do sigilo dos dados coletados por tratar-se de ambiente virtual que apresenta limitações referentes às tecnologias utilizadas. No entanto, os pesquisadores se comprometem a minimizar esses riscos: não coletando

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03,
sala 605
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

informações não fornecidas pelo participante (como o IP, por exemplo); utilizando plataforma com medidas de segurança de dados virtuais, de acesso exclusivo dos pesquisadores envolvidos (RedCap); o e-mail com o qual você responder esses questionários ficará registrado em local separado do banco de dados; após concluída a coleta de dados, será feito download dos dados para computador, não ficando estes resultados em plataforma virtual, ambiente compartilhado e "nuvem".

O benefício de aceitar participar da pesquisa será a contribuição para o desenvolvimento científico acerca do tema, assim como a reflexão sobre os seus próprios sentimentos durante o atendimento a pacientes. Consideramos que sua participação é de suma importância, pois poderá ajudar a compreender a resposta emocional de médicos ao avaliar a suicidalidade. Acreditamos que esses resultados poderão nos auxiliar na identificação de quais afetos são esses, bem como de crenças quanto à suicidalidade, permitindo desenvolver estratégias progressivamente melhores

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

considerando a epidemiologia da suicidalidade na prática médica, e a abordagem frequente tanto por médicos no hospital geral quanto por profissionais da saúde mental, é fundamental avaliar se há relação entre os afetos do profissional que atende o paciente e a percepção do próprio. Além disso, avaliar se há mudança nesse afeto conforme história pessoal do médico assistente. Por fim, avaliar se há relação entre o Burnout, a empatia e essas respostas emocionais ao avaliar pacientes suicidas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

termos apresentados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As inadequações solicitadas foram devidamente atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1988546.pdf	30/11/2022 10:14:06		Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_CORRIGIDO_30112022.docx	30/11/2022	Ricardo Tavares	Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03,
sala 605
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

/ Brochura Investigador	Projeto_CORRIGIDO_30112022.docx	10:06:17	Monteiro	Aceito
Cronograma	CronogramaCorrigido_30112022.pdf	30/11/2022 10:05:19	Ricardo Tavares Monteiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE_CEP_30112022.pdf	30/11/2022 10:03:07	Ricardo Tavares Monteiro	Aceito
Outros	CartaRespostaCEP_30112022.pdf	30/11/2022 10:01:53	Ricardo Tavares Monteiro	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	30/09/2022 16:30:27	Ricardo Tavares Monteiro	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/09/2022 16:30:05	Ricardo Tavares Monteiro	Aceito
Outros	TermoDeCompromisso.pdf	30/09/2022 16:28:02	Ricardo Tavares Monteiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/09/2022 16:25:53	Ricardo Tavares Monteiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa.docx	30/09/2022 16:17:55	Ricardo Tavares Monteiro	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	30/09/2022 16:15:20	Ricardo Tavares Monteiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 08 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03,
sala 605
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

9.2. ANEXO B - Normas de submissão ao *Brazilian Journal of Psychiatry*



Instructions for Authors

(updated April 2024)

ABOUT THE JOURNAL

Brief Background

Open Science

Compliance Ethics in

Publication Focus and

Scope

Digital

Preservation

Indexing Sources

Bibliographic Journal

Information Websites and

Social Media Editorial Policy

Preprints

Peer Review

Process Open

Data

Fees

Ethics and Misconduct, Correction and Retraction Policy

Policy on Conflict of Interest

Adoption of similarity software

Gender and Sex Issues

Ethics Committee

Copyright

Intellectual Property and Terms of Use

Sponsors and Promotion Agencies

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

Aims and editorial policy

Copyright

Manuscript preparation

Manuscript types and word limits

Title page

Abstract

Main text

References

Illustrations (figures, tables, boxes) Online-only supplementary material

Submitting your manuscript

Step 1: Manuscript type, title and abstract Step 2: File upload

Step 3: Attributes

Step 4: Authors and institutions

Step 5: Reviewers

Step 6: Details and comments Step 7: Review and submit

Checking manuscript status

Review process

Corrections and

retractions Advertising

ABOUT THE JOURNAL

Brief Background

The **Brazilian Journal of Psychiatry** is the official publication of Brazilian Psychiatric

Association (Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP)

The journal has been published uninterruptedly since 1979, under different titles. It was published quarterly until 2018 (volume 40), then bimonthly from 2019 to 2023 (volumes 41 to 45), and switched to the online-only continuous publication format in 2024 (volume 46).

The abbreviated title of the journal is **Braz J**

Psychiatry. Open Science Compliance

Articles submitted to the **Brazilian Journal of Psychiatry** undergo a rigorous peer- review process, and the journal complies with the principles of open science. This commitment is reflected in our editorial policy, which promotes transparency and free access to knowledge. We accept submissions of articles already available as preprints, and all our articles are fully open access, ensuring that discoveries and innovations in the field of psychiatry are accessible to researchers, clinicians, and the general public without barriers. All journal content (except where identified otherwise) is licensed under a Creative Commons attribution-type BY (CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)).

Other initiatives include requesting a detailed description of each author's contributions (as of 2024), encouraging original datasets and supplementary materials to be shared as frequently as possible, and having to agree to open access publication in the submission process (in-built question).

Ethics in Publication

The **Brazilian Journal of Psychiatry** observes the ethics in publication values set forth in the Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (<https://www.icmje.org/recommendations/>) published by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (<https://www.icmje.org/>), as well as the publication ethics principles described by the Committee on Publication Ethics (COPE (<https://publicationethics.org/>)).

Focus and Scope

The **Brazilian Journal of Psychiatry** aims to publish original manuscripts in all areas of psychiatry, e.g., basic and clinical neuroscience, translational psychiatry, clinical studies (including clinical trials) and epidemiological

studies.

Digital Preservation

This journal is indexed cover to cover by SciELO and PMC, and therefore meets digital preservation criteria.

Indexing Sources

The **Brazilian Journal of Psychiatry** is indexed in the following databases and platforms:

- DOAJ (<https://doaj.org/toc/1809-452X>)
- Clarivate's Web of Science (about:blank)
- MEDLINE
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/100895975>) •
- Scopus (<https://www.scopus.com/sourceid/19262>)
- Embase
- PsycINFO - American Psychological Association
(<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.apa.org%2Fpubs%2Fdatabases%2Fpsycinfo%2Fjournal-coverage-list.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>)
- EBSCO
(<https://www.ebsco.com/m/ee/Marketing/titleLists/a9h-journals.htm>) •
- LILACS - Index Medicus Latino-Americano
(<https://lilacs.bvsalud.org/en/lilacs-journals/list-journals-indexed-in-lilacs/>)

Bibliographic Journal Information

- Título do periódico: *Brazilian Journal of Psychiatry*
- Título abreviado: *Braz J Psychiatry*
- Publicação de: *Associação Brasileira de Psiquiatria*
- Periodicidade: *Annual*
- Modalidade de publicação: *Continuous Publication*
- Ano de criação do periódico: 1999

Websites and Social Media

- <https://www.bjp.org.br/> (<https://www.bjp.org.br/>)
- <https://www.instagram.com/brazilianjournalofpsychiatry/>
(<https://www.instagram.com/brazilianjournalofpsychiatry/>)
- <https://www.facebook.com/brazilianjournalofpsychiatry/>

- (<https://www.facebook.com/brazilianjournalofpsychiatry/>)
- <https://twitter.com/brazjpsychiatry> (<https://twitter.com/brazjpsychiatry>)

- <https://www.linkedin.com/company/revista-brasileira-de-psiquiatria/about/>
(<https://www.linkedin.com/company/revista-brasileira-de-psiquiatria/about/>)

Editorial Policy

The **Brazilian Journal of Psychiatry** is a peer-reviewed journal that publishes original manuscripts in all areas of psychiatry.

Preprints

The journal encourages and accepts submission of articles already available in preprint platforms, e.g., Preprints (<https://www.preprints.org/>) and SciELO Preprints (<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo>). Previous publication as a preprint should be clearly indicated in the submission.

Peer Review Process

The manuscript submission and editorial review process is as follows:

1. An author submits a manuscript.
2. The manuscript is checked by the editorial office, assessed for writing quality, screened for similarity with the published literature using a built-in tool available in the submission system, and then assigned to an editor.
3. The editor reviews the manuscript and makes an initial decision based on manuscript quality and editorial priorities, usually either to send the manuscript to peer reviewers or to reject the manuscript at that point so that the author can submit it to another journal. The selection of manuscripts for publication is based on their originality, relevance of the topic, methodological quality, writing quality, and compliance with these instructions.
4. All manuscripts considered for publication are peer-reviewed by at least two anonymous external referees selected by the editors. For those manuscripts sent to peer reviewers, the editors make a decision based on editorial priorities, manuscript quality, reviewer recommendations, and perhaps discussion with fellow editors. At this point, the decision is usually to request a revised manuscript, reject the manuscript, or provisionally accept the manuscript.
5. The decision letter is sent to the author.

6. Revised manuscripts are sent back to reviewers for reassessment. Based on the reviewers' comments, the editors make the final decision, which may be to request a new revision, reject or accept the manuscript.

In line with open science principles, starting in 2024, accepted articles will be published along with the name of the editor responsible for handling and accepting the study.

Whenever an editor or other person involved in the editorial process decides to submit a manuscript to the journal, or has any conflict of interest with a submitted manuscript (e.g., with respect to the authors or their work, or a manuscript from their own department or institution, etc.), they will not participate in the decision-making process. In these cases, a colleague in the editorial office will manage the manuscript and handle the peer review independently of the author/editor.

Open Data

The **Brazilian Journal of Psychiatry** encourages authors to make their data publicly available. The original/source data can be added as part of the submission (e.g., as supplementary material), or be available on a public data repository (e.g., <https://data.scielo.org/> (<https://data.scielo.org/>)), or be provided directly from the authors upon reasonable request.

Fees

The journal is fully open access, and there are no article processing or publication fees. **Ethics and Misconduct, Correction and Retraction Policy**

Errors of fact detected after publication will be handled as recommended by the ICMJE (<http://www.icmje.org/>). Briefly, a corrigendum will be published, along with a corrected version of the article detailing the corrections made. Articles containing errors serious enough to invalidate a paper's results and conclusions will be retracted.

Policy on Conflict of Interest

Conflicts of interest may result from different types of relationship, e.g., personal, commercial, political, academic, or financial, and they may affect authors, reviewers, or journal editors and staff. Conflict of interest information for each author needs to be part of the manuscript. A general statement should be included before the references, attesting to the existence (or non-existence) of any conflicts of interest concerning the publication of the article.

Adoption of similarity software

All manuscripts are screened for similarity with the published literature upon submission. The tool used for this purpose is iThenticate 2, which is built-in/integrated in our submission system (as offered by SciELO).

Gender and sex equality is taken into consideration when members are invited to join the Editorial Team and Board and also during peer review. We recommend our team members, editors, reviewers, and authors to observe the SAGER (<https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sager-guidelines/>) guidelines.

Ethics Committee

Approval of original studies by a research ethics institution or committee should be clearly described in the manuscript. Whenever considered appropriate or necessary, the editors may request to see the original approval statement form.

Copyright

All content of the journal, except where identified otherwise, is licensed under a Creative Commons attribution-type BY (CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>)) Attribution 4.0 International . This means that authors retain copyright and full publishing rights without restrictions, even though they grant the journal the right of first publication. In other words, authors and any users can distribute, remix, adapt, and build upon the material in any medium or format. Please note that the original source should be cited, i.e., attribution should be given to the creator.

Intellectual Property and Terms of Use

The author is responsible for obtaining copyright authorization (from individuals, institutions, other authors and/or editors) for the use of tables, methods, or other elements used in the manuscript to be published. Illustrations extracted from previously published works should be accompanied by written permission for reproduction from the current copyright holder at the time of submission.

Data, opinions, and concepts manifested in articles, as well as the accuracy of the bibliographic references cited, are the sole responsibility of the authors.

The **Brazilian Journal of Psychiatry** encourages authors to self-archive their

accepted manuscripts, publish them on personal blogs, institutional repositories, and academic social media, as well as post them in their personal social media, provided the original version published in the journal is cited.

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

Aims and editorial policy

The **Brazilian Journal of Psychiatry** aims to publish original manuscripts in all areas of psychiatry, e.g., basic and clinical neuroscience, translational psychiatry, clinical studies (including clinical trials) and epidemiological studies. The journal is fully open access, and there are no article processing or publication fees. Submitted articles must be written in English.

These instructions are based on the Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Medical Journals, edited by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE (<http://www.icmje.org/>)).

Copyright

All content of the journal, except where identified otherwise, is licensed under a Creative Commons attribution-type BY (CC-BY). This means that authors retain copyright and full publishing rights without restrictions. In other words, authors and any users can distribute, remix, adapt, and build upon the material in any medium or format. Please note that the original source should be cited, i.e., attribution should be given to the creator.

Manuscript preparation

Manuscripts are accepted for consideration by the **Brazilian Journal of Psychiatry** based on the understanding that they are original, are not being considered for publication elsewhere, and have not been published previously. The final version of the submitted manuscript should have been approved by all authors.

Contents published represent the opinions of the authors and do not necessarily reflect the opinions of the Editorial Board.

The manuscript file (main document) must be written in English, double-spaced throughout, and should contain the following sections in this order: title page, abstract, main manuscript text, acknowledgments,

disclosure, data availability, author contributions, references, figure legends,
and tables. Use 10-, 11-, or 12-point font size. Abbreviations should be
avoided and limited to those considered "standard." All

abbreviations should be spelled out at first mention in the text and also in table/figure legends. All units should be metric. Avoid Roman numerals. Generic names of drugs should be used.

Manuscript types and word limits

The table below shows the types of manuscript accepted for evaluation and the maximum number of words (from Introduction to end of Discussion), references and tables/figures allowed for each category.

Manuscript type	Main text words	Abstract words	References	Tables+boxes+figures
Original Articles	4000	Structured, 250	50	4
Review Articles	5000	Structured, 250	60	4
Brief Communications	1500	Structured, 250	15	2
Special Articles	5000	Unstructured, 250	60	6
Letters to the Editors	1500	No abstract	10	1
Editorials	900	No abstract	5	1

- **Original Articles:** These should describe fully, but as concisely as possible, the results of original research, containing all the relevant information for those who wish to reproduce the research or assess the results and conclusions. Original articles should have the following sections: Introduction, Methods, Results, and Discussion. The last paragraph(s) of the Discussion section should address study limitations and concluding remarks, but without separate subtitles.
- **Clinical trials:** The **Brazilian Journal of Psychiatry** will only accept clinical trials that report results according to CONSORT guidelines and have been registered in a public registry that meets the World Health Organization (WHO) and ICMJE requirements. The clinical trial registration number should be informed at the end of the abstract.
- **Review Articles:** These should be systematic reviews and should

include critical assessments of literature and data sources, critically reviewing and evaluating

existing knowledge on a designated topic, in addition to commenting on studies by other authors. The search strategy and selection process should be described in detail, according to PRISMA or other appropriate guidelines. The main text may follow a structure similar to that of an original article, or may be adapted to better reflect the presentation of findings. Non-systematic reviews should be submitted in the Special Article category.

- **Brief Communications:** Original but shorter manuscripts addressing topics of interest in the field of psychiatry, with preliminary results or results of immediate relevance. The main text should use the same subtitles described for original articles above.
- **Special Articles:** Articles that address current topics relevant to clinical practice and are less comprehensive than review articles. These include non-systematic reviews and critical assessments of the literature, reviewing and evaluating existing knowledge on a designated topic. In this category, authors are free to decide upon the article's structure and to use the subtitles that better reflect the contents of their contribution.
- **Letters to the Editors:** Letters can contain reports of unusual cases, comments on relevant scientific topics, critiques of editorial policy, or opinions on the contents of the journal.
- **Editorials:** Critical and in-depth commentary invited by the editors or written by a person with known expertise in the topic.

Title page

Page 1 should contain a full title (max. 150 characters, specific, informative, attractive, no abbreviations), authors' names in the form that is wished for publication (first name + middle initials or names + last name), and authors' departments and institutions, including city and country. Please also include a running title with a maximum of 50 characters (letters and spaces) and inform of any previous presentations of the manuscript, if applicable (e.g., in abstract or preprint form). The full name, telephone number, e-mail address and full postal address of the corresponding author should be stated.

Abstract

Page 2 should present a 250-word abstract where applicable (check table above with requirements for each manuscript type). To ensure the quality and clarity of submissions, authors are required to follow these detailed instructions when preparing their abstracts. Ensure that the abstract is clear, concise, and jargon-free. Each section should be seamlessly connected to provide a coherent narrative. Structured abstracts should have the sections

outlined below:

- 1. Objective:** Start with 1-2 sentences that provide the background or context of the study, highlighting the problem being addressed. Then, clearly state the objective or hypothesis that the study intends to test or explore.
- 2. Methods:** Briefly describe the study design (e.g., randomized controlled trial, cohort study, case-control study, etc.), including the setting and timeframe of the study. Subsequently, mention the study population, including how participants were selected or recruited. If applicable, succinctly describe the interventions used and the primary measurements or variables analyzed. Finally, provide a brief overview of the main statistical tests or methods used for data analysis.
- 3. Results:** Summarize the main results of the study, including relevant data and statistical significance (e.g., p-values, confidence intervals). While detailed data cannot be included due to word limit constraints, ensure that the presented data supports the study's conclusions.
- 4. Conclusions:** Clearly interpret the results, emphasizing their relevance and implications for the field. Also, briefly acknowledge any significant limitations of the study. Optionally, suggest areas for future research or how the findings could impact practice or policy

After the abstract, please indicate three to five keywords that reflect the core themes of the study and are in accordance with the Medical Subject Headings (MeSH) (<https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>). Avoid repeating words from the title.

If submitting a randomized clinical trial, inform the clinical trial registration number at the end of the abstract.

Main text

The main text of the manuscript should follow the specific instructions for each manuscript type as described above. For Original Articles, the Methods section must include information on ethics committee approval. Studies involving humans must provide details about informed consent procedures, and studies involving animals must describe compliance with institutional and national standards for the care and use of laboratory animals. Patient anonymity should be guaranteed.

Acknowledgments

Funding originating from non-commercial institutions (e.g., foundation or government

grants), as well as individuals who have contributed to the study but do not qualify as authors, should be cited in the Acknowledgments section.

Disclosure

Potential conflicts of interest of any type (e.g., financial, commercial, political, academic, personal) covering the last 3 years should be disclosed for each author. A general statement should be included before the references, attesting to the existence (or non-existence) of any conflicts of interest concerning the publication of the article.

Author contributions

Just before the References, please describe the specific contributions of each author using author initials and the terms proposed by the Contributor Roles Taxonomy (CRediT (<https://credit.niso.org/>); short definitions to each role are available here (<https://credit.niso.org/contributor-roles-defined/>)).

Example: "ABC was responsible for conceptualization, methodology, formal analysis, and writing – original draft and review & editing. DEF and GHI participated in investigation, resources, and writing – review & editing. [...] All authors have read and approved the final version submitted and take public responsibility for all aspects of the work."

Please note that the underlined segment should be true/confirmed and added after the individual contributions.

References

Authors are responsible for the accuracy and completeness of their references and for correct in-text citation. An EndNote style file can be downloaded here (<https://s3.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/bjp.org.br/pdf/BrazJPsychiatry.ens>).

Number references consecutively in the order that they appear in the text using superscript Arabic numerals; do not alphabetize. References cited only in tables or figure legends should be numbered in accordance with the first citation of the relevant table/figure in the text, i.e., as though they were inserted where cited.

Please observe the style of the reference examples below. To include manuscripts accepted, but not yet published, inform the abbreviated title of

the journal followed by "Forthcoming" and the expected year of publication. Journal titles should be abbreviated according to the NLM (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>) style. Personal communications,

unpublished materials, manuscripts submitted but not yet accepted, and similar unpublished items should not be cited; if absolutely essential, bibliographic details should be described in the text in parentheses.

Examples:

- **Journal article:** Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio- demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Braz J Psychiatry.* 2013;35:51- 6.
- List all authors when six or fewer. When there are seven or more, list only the first six authors and add "et al."
- **Book:** Gabbard GO. *Gabbard's treatment of psychiatric disorders.* 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.
- **Book chapter:** Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. The nature and treatment of therapy-resistant depression. In: Cryan JF, Leonard BE, editors. *Depression: from psychopathology to pharmacotherapy.* Basel: Karger; 2010. p. 243-53.
- **Theses and dissertations:** Trigeiro A. Central nervous system corticotropin releasing factor (CRF) systems contribute to increased anxiety-like behavior during opioid withdrawal: an analysis of neuroanatomical substrates [dissertation]. San Diego: University of California; 2011.
- **Electronic articles and web pages:** World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. 2017 [cited 2020 May 11].
https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_h
 (https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_healt

Illustrations (figures, tables, boxes)

Illustrations (figures, tables, or boxes) should clarify/complement rather than repeat the text; their number should be kept to a minimum. All illustrations should be submitted on separate pages at the end of the manuscript, following the order in which they appear in the text and numbered consecutively using Arabic numerals. Descriptive legends should be included for each illustration in the main text file, and any abbreviations or symbols used should be explained using these footnotes: † ‡ § || †† ‡‡ etc. Asterisks should be reserved for the expression of significance levels: * p <

0.05;

** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Illustrations extracted from previously published works should be accompanied by written permission for reproduction from the current copyright holder at the time of submission.

Tables and boxes should preferably be submitted in Word format, appended to the end of the manuscript text file (after any figure legends), rather than uploaded as separate files. However, Excel files are also accepted. If using Excel, do not place tables on individual spreadsheets within the same file because only the first sheet will be visible in the converted PDF. In tables, each cell should contain only one item of data; subcategories should be in separate rows and cells (i.e., do not use Enter or spaces inside a cell). Tables containing data that could be described succinctly in 1-2 sentences should be converted to text. Large or detailed tables may be submitted separately as supplementary material (see details below).

Figures should be submitted in one of the following acceptable file formats: AI, BMP, DOC, EMF, EPS, JPG, PDF, PPT, PSD, TIF, WMF, and XLS. Figures can be included in the manuscript, but preferably should be uploaded as separate files, with legends in the main file. If your manuscript is accepted, you may be asked to provide high-resolution, uncompressed TIF files for images, as well as open/editable versions of figures containing text, to facilitate copyediting (e.g., flowcharts made in Word or PowerPoint). Supporting figures may be submitted separately as supplementary material.

Supplementary material

Supporting materials (text, tables, figures) should preferably be submitted as a single Word document with pages numbered consecutively. Each element included in the supplementary material should be cited in the main text and numbered in order of citation (e.g., Supplementary Material S1, Table S1, Table S2, Figure S1, Figure S2, etc.). The first page of the document should list the number and title of each element included in the document. The editors may select material submitted for publication in the main body to be posted as supplementary material.

Submitting your manuscript

The first time you use the manuscript submission site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rbp-scielo>) of the **Brazilian Journal of Psychiatry**, you will be asked to create an account. You will use the same username and password for author and reviewer functions. You may log into the system at any time to submit a manuscript or to check the status of previously submitted manuscripts. To submit a manuscript, select Author and click on Start New Submission/Begin Submission.

The manuscript submission process includes 7 steps that gather information about your manuscript and allow you to upload the pertinent files (cover

letter, manuscript main text, tables [if separate], figures [if separate], and related material). Once you click on Begin Submission, the system will suggest that you upload your manuscript file so

that the submission fields can be pre-filled. If you agree with this suggestion, please follow the instructions on screen to upload your file and then go on revising the pre-filled information. If you prefer to fill the fields manually, click on "continue without pre-filling submission fields," at the lower left corner of the screen. Each of the 7 submission steps are briefly explained below.

Step 1: Manuscript type, title and abstract

First choose the type of manuscript you wish to submit. As mentioned above, you may choose between Original Article, Brief Communication, Review Article, Special Article, Editorial or Letter to the Editors. Please remember to abide to the word limits and text structure specified for each manuscript type.

Title: You can copy and paste this from your manuscript, but do not delete the title from the manuscript file. Make sure there are no line breaks in the title. Titles should be concise (max. 150 characters), specific, informative, attractive, with no abbreviations.

Abstract: Please check the table specifying abstract requirements for each manuscript type. You can copy and paste the abstract from your manuscript, but do not delete it from the manuscript file. If submitting a structured abstract, add a line space between each section (Objective, Methods, Results, and Conclusions).

Step 2: File upload

Click the Select File... button to view a directory of your computer. Navigate to where your files are stored. Submit the manuscript file (Main Document) preferably in Word format. Your manuscript will be converted to a PDF at the end of the submission process. Do not include line numbers to your Word file, as these will be added to your manuscript during the PDF conversion process.

Step 3: Attributes

You will be asked to list 1 to 5 keywords that describe the main topics of your manuscript. Please use Medical Subject Headings (MeSH) (<https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>) terms only, and avoid repeating words from the title.

Step 4: Authors and institutions

All persons designated as authors should qualify for authorship, i.e., should have participated sufficiently in the study to take public responsibility for its contents. Check the ICMJE (<http://www.icmje.org/>) website for authorship

criteria if in doubt. Other parties that have contributed to the work but do not meet authorship criteria should be

The submitting agent should inform whether they are an author of the paper. Subsequently, all authors should be added, first by informing their e-mail address (to check if they already have an account in the system). If the email is not found in the database, click on "create a new co-author" and fill in all relevant fields (e-mail, prefix, first name, last name, institution, country, and city are mandatory; all others, especially author contributions, should be filled as appropriate). Please note that all communications concerning manuscript submissions and authorship forms are done through e-mail, so please make sure all e-mails informed are valid and correctly typed. In the manuscript file, please inform ORCID iDs for authors whenever possible (mandatory/required by the submission system for the submitting author). Review the list of authors as well as the order in which they are presented (it should be identical to the information presented in the title page).

Postal/mail address and telephone number for the corresponding author should be included only in the title page.

Articles accepted as of 2024 will have the specific contributions of each author described at the end of the article according to the Contributor Roles Taxonomy (CrediT (<https://credit.niso.org/>)).

Step 5: Reviewers

You will be required to indicate 5 potential reviewers for your manuscript. This is a mandatory step, i.e., you will not be able to proceed before indicating the names and e-mails of five researchers who have a publication record, clinical or research experience in the topic of your manuscript. Inform first and last name, e-mail address and institution. Suggested reviewers should not be personal acquaintances, colleagues from the same institution or research group as the authors. Also, we advise against indicating collaborators from previous publications among suggested reviewers. Editors will consider your suggestions at their discretion. If you wish, you may also oppose specific reviewers for your manuscript.

Step 6: Details and comments

Write a cover letter to the editors explaining the nature of your article and why the authors believe the manuscript should be published in the **Brazilian Journal of Psychiatry**. Make sure to include a statement on authorship and to inform whether the authors have published or submitted any related

papers from the same study elsewhere. You may choose to upload a file or write the cover letter in the designated

In this step, you will also be required to provide information on the following topics:

- Funding: When applicable, disclose information regarding funding agency and grant/award number.
- Number of words and references in the manuscript.
- Confirmation of editorial/ethical statements.
- Conflicts of interest: Each author's conflicts of interest and financial disclosures covering the last 3 years, or declarations of no financial interest, must be included in this form and also, in identical form, at the end of the manuscript, before the references. If the manuscript is accepted for publication, the authors will be required to sign an Author Agreement form.

Step 7: Review and submit

Carefully review each step of your submission. The system will point with a red X whether there are any incomplete parts. Once you are ready, click on the View Proof buttons to view the individual and/or merged HTML and PDF files created, as well as the MEDLINE proof. You will be asked to review and approve the PDF of your article files to ensure that you are satisfied with how your manuscript will be displayed for editors and reviewers. Confirm that your manuscript information is complete and correct any errors. When you are satisfied and consider the submission to be complete, click the Submit button. The editorial review process will not start until this final step is completed.

If you need help, you can click on the help signs that appear throughout the system. A help dialogue box will pop up with context-sensitive help. If you have questions or problems with your submission, please contact the editorial office by e-mail at editorial@abp.org.br

(<mailto:editorial@abp.org.br>). **Checking**

manuscript status

After you approve your manuscript by clicking on Submit, you are finished with the submission process (you will receive a confirmation via e-mail).

To check the status of your manuscript throughout the editorial review process:

1. Log into the system with your username and password.
2. Select the Author dashboard on your Home Page.
3. Select Submitted Manuscripts or the appropriate category and check manuscript status.

Review process

The manuscript submission and editorial review process is as follows:

1. An author submits a manuscript.
2. The manuscript is checked by the editorial office, assessed for writing quality, screened for similarity with the published literature using a built-in tool available in the submission system, and then assigned to an associate editor. Each associate editor has an assistant editor. The associate editor and assistant editor work in close collaboration to review and advance the manuscript through the editorial process.
3. The assigned associate and assistant editors review the manuscript and make an initial decision based on manuscript quality and editorial priorities, usually either to send the manuscript to peer reviewers or to reject the manuscript at that point so that the author can submit it to another journal. The selection of manuscripts for publication is based on their originality, relevance of the topic, methodological quality, writing quality, and compliance with these instructions.
4. All manuscripts considered for publication are peer-reviewed by at least two anonymous external referees selected by the assigned editors. For those manuscripts sent to peer reviewers, a decision is made based on editorial priorities, manuscript quality, reviewer recommendations, and perhaps discussion with fellow editors. At this point, the decision is usually to request a revised manuscript, reject the manuscript, or provisionally accept the manuscript. All the decisions are validated and sent to the authors by the Editors-in-Chief.
5. Revised manuscripts are sent back to the same assigned editors and reviewers for reassessment whenever possible. Based on the reviewers' comments, the editors make the final decision, which may be to request a new revision, reject or accept the manuscript.

In line with open science principles, starting in 2024, accepted articles will be published along with the name of the editor responsible for handling and accepting the study.

Whenever an editor or other person involved in the editorial process decides to submit a manuscript to the journal, or has any conflict of interest with a submitted manuscript (e.g., with respect to the authors or their work, or a manuscript from their own department or institution, etc.), they will not participate in the decision-making process. In these cases, a colleague in the editorial office will manage the manuscript and handle the peer review independently of the author/editor.

Corrections and retractions

Errors of fact detected after publication will be handled as recommended by the ICMJE (<http://www.icmje.org/>). Briefly, a corrigendum will be published, along with a corrected version of the article detailing the corrections made. Articles containing errors serious enough to invalidate a paper's results and conclusions will be retracted.

Advertising

Commercial advertisements are accepted for analysis but will not be juxtaposed with editorial content. The editors and the Brazilian Psychiatric Association reserve the right to refuse any online advertisements that are considered inappropriate or that do not comply with existing regulatory standards.



(<https://www.instagram.com/brazilianjournalofpsychiatry>)

(<https://www.facebook.com/brazilianjournalofpsychiatry>)



(<https://twitter.com/brazjpsychiatry>)

BRAZILIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

Editorial contact: editorial@abp.org.br

(<mailto:editorial@abp.org.br>) Administrative contact:

rbp@abp.org.br (<mailto:rbp@abp.org.br>) Publicity:

comercial@abp.org.br (<mailto:comercial@abp.org.br>)



ABP

Associação
Brasileira de
Psiquiatria

(<https://www.abp.org.br/>)

[Cookie Policy \(/politica-de-cookies\)](/politica-de-cookies)



1 ([HTTP://WWW.GN1.COM.BR](http://www.gn1.com.br))

© 2025 ALL RIGHTS RESERVED

9.3. ANEXO C - Questionário registrado na plataforma RedCap, incluindo:

Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE)

Questionários sociodemográfico

Escala de Avaliação de Mitos, Crenças e Atitudes Sobre Suicídio (EMCAS)

Escala para Avaliação de Contratransferência (EACT)

Avaliação de Suicidalidade

Burnout Assessment Tool (BAT)

Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI)

RCLE

Leia com atenção o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido! Se quiser, pode fazer um download de uma cópia do Termo. Após ler com atenção, responda às questões da pesquisa.

Record ID _____



UFCSPA

Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre

Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE)

Você está sendo convidado para participação voluntária em um estudo coordenado pelo psiquiatra Dr. Ygor Ferrão, do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), intitulado: "Suicidalidade no Hospital Geral: relação entre a resposta emocional do médico assistente e seu perfil sociodemográfico" Para aceitar participar desta pesquisa, leia atentamente as informações contidas neste registro de consentimento.

O objetivo deste estudo será avaliar quais são as principais respostas emocionais despertadas em médicos no Hospital Geral ao avaliarem pacientes com demandas referentes à suicidalidade (ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado). A partir disso, pretendemos avaliar se há relação entre essas respostas emocionais e o perfil sociodemográfico desse profissional, como idade, tempo de formação, espiritualidade e crenças acerca do suicídio, bem como demais variáveis.

A participação neste estudo será através de preenchimento auto-aplicado, on-line, com duração de cerca de 20 a 30 minutos, dos seguintes instrumentos: (1) Questionário sobre dados sociodemográficos, econômicos, história pessoal ou familiar de saúde mental; (2) Escala de Mitos, Crenças e Atitudes sobre Suicídio (EMCAS); (3) Escala de Avaliação de Contratransferência (EACT); (4) Escala de Avaliação de Burnout (BAT); (4) Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI).

Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em publicações acadêmicas, revistas e eventos científicos nacionais ou internacionais. No entanto, todos os dados publicados respeitarão os direitos de anonimato dos participantes e os pesquisadores se comprometem ao sigilo absoluto das informações coletadas. O nome dos participantes e/ou quaisquer características que possam apresentar associação à sua identificação serão estritamente confidenciais.

Os riscos associados à participação no estudo são os inerentes ao acesso à internet, e incluem a violação do sigilo dos dados coletados por tratar-se de ambiente virtual que apresenta limitações referentes às tecnologias utilizadas. No entanto, os pesquisadores se comprometem a minimizar esses riscos: não coletando informações não fornecidas pelo participante (como o IP, por exemplo); utilizando plataforma com medidas de segurança de dados virtuais, de acesso exclusivo dos pesquisadores envolvidos (RedCap); o e-mail com o qual você responder esses questionários ficará registrado em local separado do banco de dados; após concluída a coleta de dados, será feito download dos dados para computador, não ficando estes resultados em plataforma virtual, ambiente compartilhado e "nuvem". Ainda, visto que o preenchimento dos instrumentos convida à reflexão acerca da percepção dos sintomas relacionados à suicidalidade, há mínimos riscos relacionados às questões emocionais dos participantes. Se durante o preenchimento dos questionários você sentir qualquer tipo de desconforto, pode interromper a qualquer momento. Caso perceba a necessidade de algum tipo de ajuda para seu estado emocional, pode entrar em contato com o pesquisador principal para orientações necessárias, conforme sua vontade.

O benefício de aceitar participar da pesquisa será a contribuição para o desenvolvimento científico acerca do tema, assim como a reflexão sobre os seus próprios sentimentos durante o atendimento a pacientes. Consideramos que sua participação é de suma importância, pois poderá ajudar a compreender a resposta emocional de médicos ao avaliar a suicidalidade.

Acreditamos que esses resultados poderão nos auxiliar na identificação de quais afetos são esses, bem como de crenças quanto à suicidalidade, permitindo desenvolver estratégias progressivamente melhores para prevenção e promoção de saúde mental tanto para pacientes quanto para médicos. Esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), sendo responsabilidade dos pesquisadores a apresentação dos resultados obtidos para a comunidade científica e instituição campo desta pesquisa quando concluída. Disponibilizamos contato do CEP local se necessário: e-mail cep@ufcspa.edu.br // telefone: (51) 3303-8804 (horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 horas, e das 13:00 às 17:00).

Você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa se desejar. Essa participação não apresentará qualquer custo ao participante, assim como não haverá qualquer remuneração. Em qualquer desconforto emocional apresentado durante a participação nos instrumentos ou se você optar por não responder alguma questão apresentada, é seu direito interromper o preenchimento ou não responder a todas as questões, sem necessidade de qualquer justificativa.

Na presença de quaisquer desconfortos durante o preenchimento dos instrumentos, é seu direito receber indenização conforme a legislação vigente, sendo possível suspender este consentimento a qualquer momento. A desistência da participação no estudo não apresentará prejuízos aos participantes que optarem pela suspensão deste consentimento.

Se você apresentar quaisquer dúvidas a respeito dos seus direitos na participação do estudo ou em caso de qualquer desconforto emocional relacionado à participação na pesquisa para orientações adicionais, por favor entre em contato com o pesquisador principal responsável em qualquer momento: ygoraf@ufcspa.edu.br.

Após a leitura deste termo e esclarecimentos, caso concorde em participar da pesquisa, por favor assinale a opção "Li o registro de consentimento e aceito participar deste estudo".

Por segurança, uma via deste documento está disponível para seu armazenamento pessoal através de download pelo link:

<https://drive.google.com/drive/folders/1MB0K1IrmJszgLE8lyhN9bInVxzD7K8u?usp=sharing>

Porto Alegre, 2023

Aqui vai uma legenda para ajudar, pois alguns termos da Plataforma estão em inglês:

> "submit" = enviar

> "save and return later" = salvar e retornar depois

> "must provide" = resposta obrigatória

Você concorda em participar? Resposta Obrigatória

- Não, muito obrigado! No momento não estou disponível.
- Li o registro de consentimento e aceito participar deste estudo.

Assine aqui seu consentimento.
Muito obrigado!

OK, entendemos! Mas você gostaria de deixar seu email para ser convidado para futuras pesquisas?

- Não! Muito obrigado!
 Sim! No futuro eu quero ser convidado!

Obrigado! Deixe seu email aqui para que possamos fazer contato no futuro!

Obrigado por sua participação! Em pesquisas futuras participação lhe enviaremos convites para participar. A seguir, clique em "encerrar participação" para encerrar este formulário.

- Encerrar

Qual seu nome completo? Resposta Obrigatória

Informe seu email Resposta Obrigatória

Informe o número de seu telefone com o prefixo de sua cidade (Opcional).

(Formato:(99) 99999-9999)

Sociodemográfico

Consegue nos dar suas informações pessoais, por favor?

Sexo Masculino
 Feminino

Qual sua identidade de gênero? Cisgênero (Me identifico com o sexo/órgão sexual que nasci)
 Transgênero (NÃO me identifico com o sexo/órgão sexual que nasci)
 Prefiro não declarar

Qual sua orientação sexual? Heterossexual
 Homossexual
 Bissexual
 Assexual
 Outra
 Prefiro não declarar

Você se declara de qual cor/raça? Branca
 Parda
 Preta
 Amarelo
 Indígena
 Outra

Idade (anos completos) _____

Qual seu estado civil? Solteiro(a)
 Casado(a), união estável
 Separado(a), divorciado(a)
 viúvo(a)

Você tem parceria sexual fixa? Não
 Sim

Tempo de formação em Medicina (em anos completos) _____

Você tem alguma Especialidade Médica? Não
 Sim

Qual especialidade? _____

Tempo de formação na especialidade médica (em anos completos) _____

Você é residente de um programa de residência
médica?

- Yes
 No

Qual sua carga horária semanal de trabalho? (em
horas)

Vive com quantas pessoas?

(Se vive sozinho, coloque um "0" (zero))

Quantos filhos você tem?

(Se você não tem filho, coloque "0" (zero))

Pratica alguma religião?

- Não
 Sim

Se sim, qual?

- católica
 espírita
 evangélica
 judaica
 muçulmana
 religiões de matriz africana (candomblé ou semelhante)
 luterana
 testemunha de jeová
 outra

CLASSIFICAÇÃO SÓCIOECONÔMICA (ABEP)

Marque quantos você possui.

	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros na casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empregados domésticos (mesmo que diarista)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Automóveis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Computadores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava Louças?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geladeira?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freezer (separado da geladeira)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Lava roupas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DVD ou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blue-ray?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Micro-ondas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motocicleta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secadora de roupas (separada da lavadora)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qual o grau de instrução do chefe da família?

- Analfabeto / Fundamental I Incompleto (até quinto ano) Fundamental I
 Completo / Fundamental II Incompleto (até nono ano) Fundamental II
 Completo / Médio Incompleto (até terceiro ano) Médio Completo /
 Superior Incompleto
 Superior Completo

Sua casa possui água

encanada? Não

Sim

A rua onde você mora é pavimentada?

 Não Sim

Qual sua renda pessoal MENSAL (em reais)?

(Não possui renda? Digite "0". Prefere não dizer? Deixe em branco)

Qual a renda da família (pessoas que vivem na mesma casa) MENSAL (em reais)?

(Não possui renda? Digite "0". Prefere não dizer? Deixe em branco)

Escala de Mitos, Crenças e Atitudes sobre Suicídio (EMCAS)

Esta escala é bem importante!

Este questionário é composto por afirmativas que objetivam investigar como os profissionais da área de saúde percebem o tema "suicídio". Para participar, basta escolher a resposta que melhor representa sua opinião.

44) O impulso
 suicida é
agudo e
passageiro
.
Falso
Verdadeiro

45) A tentativa de suicídio representa uma vontade de
aparecer, de chamar a atenção. Falso
 Verdadeiro

46) Via de regra, é mais seguro pensar que quem tenta
suicídio uma vez, tentará outras. Falso
 Verdadeiro

47) A tentativa
 de suicídio
é uma
manipulaç
ão.
Falso
Verdadeiro

48) É preciso ter calma e paciência para ajudar uma
pessoa que fez uma tentativa. Falso
 Verdadeiro

49) Uma vez
 suicida, a
pessoa
será
sempre
suicida.
Falso
Verdadeiro

50) A tendência suicida é hereditária, passa de
geração a geração. Falso
 Verdadeiro

51) As
 pessoas
que
ameaçam,
não se
matam.
Falso
Verdadeiro

-
- 52) O desejo de morte ou comportamento de risco de suicídio geralmente é resultado de um longo e silencioso processo de sofrimento, que poderia ter sido relatado ou observado precocemente.
- Falso
 Verdadeiro
-
- 53) Quem realmente quer se matar, não avisa, se mata da primeira vez.
- Falso
 Verdadeiro
-
- 54) A tentativa de suicídio representa um pedido desesperado de ajuda.
- Falso
 Verdadeiro
-
- 55) Ele tomou só aspirina. Na verdade, não queria morrer.
- Falso
 Verdadeiro
-
- 56) Existem pessoas em risco que não podem ser deixadas sozinhas.
- Falso
 Verdadeiro
-
- 57)
- Suicídio é um ato de coragem.
- Falso
Verdadeiro
-
- 58) Quem tem ideação ou outros comportamentos suicidas tem mais risco de morrer por qualquer outra causa (por problemas de saúde, homicídio ou acidentes).
- Falso
 Verdadeiro

-
- 59) Quem tem raiva do suicida tem razão de lhe dar o troco. Falso
 Verdadeiro
-
- 60) Sugerir formas de se matar para um suicida não representa um perigo real. Falso
 Verdadeiro
-
- 61) O desespero é um sentimento comum em quem faz uma tentativa de suicídio. Falso
 Verdadeiro
-
- 62) Só vai atrapalhar dar muita atenção a quem faz uma tentativa de suicídio. Falso
 Verdadeiro
-
- 63) Falar sobre suicídio com pessoas deprimidas pode estimulá-las a uma tentativa. Falso
 Verdadeiro
-
- 64) Se ele está falando sobre suas ideias suicidas, isso quer dizer que ele está fora de risco. Falso
 Verdadeiro
-
- 65) Quem faz uma tentativa de suicídio para chamar atenção não merece crédito, só vai reforçar o que ele fez. Falso
 Verdadeiro
-
- 66) Se um paciente melhorou rapidamente, ele está fora de risco. Posso ficar tranquilo. Falso
 Verdadeiro
-
- 67) Quando a gente fala de suicídio, só estamos dando mais força para o comportamento. Falso
 Verdadeiro
-
- 68) Uma pessoa em risco, para confiar, precisa se sentir ouvida e respeitada. Falso
 Verdadeiro
-
- 69) Se eu der
 ouvidos a um suicida, ele pode se matar.

Falso
Verdadeiro
-
- 70) Só
 "loucos" cometem suicídio.

Falso
Verdadeiro
-
- 71) A depressão é um diagnóstico óbvio, fácil de ser percebido. Falso
 Verdadeiro
-
- 72) Quem não
 tem

transtorno
mental não
se mata.

Falso
Verdadeiro

73) Conflitos, perdas e separações são os eventos que mais frequentemente antecedem uma tentativa de suicídio.

Falso
 Verdadeiro

74)

Suicídio é
 um ato de
covardia.

Falso
Verdadeiro

75) É preciso ter sangue frio para trabalhar com um paciente suicida.

Falso
 Verdadeiro

Escala para Avaliação de Contratransferência (EACT)

Vamos continuar?

Gostaríamos de saber:

Você já avaliou alguma vez na sua vida algum paciente com Risco de Suicídio (pensamentos de morte, ideação suicida, tentativa de suicídio...)?

- Não, nunca avaliei.
- Sim, já avaliei.

Consegue nos informar quanto tempo faz que você avaliou algum paciente com Risco de Suicídio pela última vez?

- Menos de 7 dias
- Menos de 30 dias
- Entre 1 mês e 3 meses
- Entre 3 e 6 meses
- Há mais de 6 meses

Consegue aproximar a idade deste paciente?

- Menor de 12 anos
- Entre 12 e 18 anos
- Entre 18 e 25 anos
- Entre 25 e 35 anos
- Entre 35 e 45 anos
- Entre 45 e 55 anos
- Entre 55 e 65 anos
- Entre 65 e 75 anos
- Mais de 75 anos

Qual foi o motivo do atendimento que necessitou da sua avaliação?

- Pensamentos de morte
- Ideação suicida
- Tentativa de suicídio
- Outros

Qual foi a forma dessa tentativa de suicídio?

- Ingesta medicamentosa
- Autolesão
- Enforcamento
- Queda de altura
- Outros

Pense em um paciente que você avaliou com Risco de Suicídio (pensamentos de morte, ideação suicida, tentativa de suicídio, ...).

Durante essa avaliação, assinale se você percebeu em si mesmo algum(ns) dos sentimentos abaixo descritos em relação ao(a) entrevistado(a). Marque a alternativa que melhor expressa o que sentiu.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito
Curiosidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simpatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solidariedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Afeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desejo de ajudar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alegria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tristeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pense em um paciente que você avaliou com Risco de Suicídio (pensamentos de morte, ideação suicida, tentativa de suicídio, ...).

Durante essa avaliação, assinale se você percebeu em si mesmo algum(ns) dos sentimentos abaixo descritos em relação ao(a) entrevistado(a). Marque a alternativa que melhor expressa o que sentiu.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito
Desconforto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desconfiança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tédio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rejeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desesperança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reprovação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acusação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hostilidade				

Pense em um paciente que você avaliou com Risco de Suicídio (pensamentos de morte, ideação suicida, tentativa de suicídio, ...).

Durante essa avaliação, assinale se você percebeu em si mesmo algum(ns) dos sentimentos abaixo descritos em relação ao(a) entrevistado(a). Marque a alternativa que melhor expressa o que sentiu.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito
Desinteresse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Distância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imobilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avaliação da Suicidalidade

Este questionário é muito importante. Ele inclui algumas perguntas sobre a suicidalidade em sua vida pessoal e profissional. Seja o mais sincero possível.

Você se sente confortável para responder algumas perguntas sobre o tema suicídio? Gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre este tema na sua vida pessoal e profissional

- Não fico confortável / Prefiro não responder
 Aceito responder às perguntas

Você já teve ideação suicida (pensamentos sobre tirar sua própria vida) alguma vez na sua vida?

Resposta Obrigatória.

- Nunca tive
 Sim, já tive

Você já tentou suicídio alguma vez na vida?

Resposta Obrigatória.

- Não
 Tentei uma vez
 Tentei mais de uma vez

Algum familiar/amigo/pessoa próxima já tentou suicídio? Resposta Obrigatória.

- Não
 Sim

Algum familiar/amigo/pessoa próxima já cometeu suicídio? Resposta Obrigatória.

- Não
 Sim

Algum paciente que você acompanhou já cometeu suicídio?

- Não
 Sim

Durante a graduação em Medicina, você teve alguma aula sobre como abordar pacientes suicidas?

- Não
 Sim

Você se sente apto a fazer a avaliação inicial do paciente suicida (PS)? Acredita que sabe estratificar risco (definir quais pacientes necessitam de avaliação psiquiátrica de urgência)?

- Não me sinto apto a atender PS
 Consigo identificar PS, mas não sei estratificar risco
 Consigo identificar PS, e sei estratificar risco

Burnout Assessment Tool (BAT)

Este questionário é sobre Burn out!

Leia atentamente as frases abaixo e assinale a resposta que corresponde à frequência com que você

se sentiu desse modo no seu trabalho médico nos últimos 6 meses.

Exaustão

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Sempre
112) No trabalho, sinto-me mentalmente exausto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
113) Tudo o que faço no trabalho exige muito esforço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114) Acho difícil recuperar minha energia depois de um dia de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115) No trabalho, sinto-me fisicamente exausto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
116) Ao levantar pela manhã, me falta energia para começar um novo dia no trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117) Quero ser ativo no trabalho, mas <input type="radio"/> de alguma forma não consigo		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118) Quando eu me esforço no trabalho, me canso mais rápido do que o normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119) No final do meu dia de trabalho, eu me sinto mentalmente exausto e esgotado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Distanciamento Mental

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Sempre
120) Eu luto para encontrar algum entusiasmo pelo meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121) Não penso no que estou fazendo <input type="radio"/> no meu trabalho, eu funciono em piloto automático		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122) Sinto forte aversão pelo meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
123) Sinto-me indiferente em relação ao meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sou pessimista sobre o que meu
 trabalho significa para os outros

Declínio no controle cognitivo

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Sempre
125) Em meu trabalho, tenho dificuldade em manter o foco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
126) No trabalho, eu me esforço para pensar claramente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
127) Sou esquecido e distraído no trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
128) Tenho dificuldade em me concentrar quando estou trabalhando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
129) Cometo erros no trabalho porque minha mente está em outras coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Declínio no controle emocional

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Sempre
130) No trabalho, sinto-me incapaz de <input type="radio"/> controlar as minhas emoções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
131) Eu não me reconheço na maneira como reajo emocionalmente no trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
132) Durante o trabalho, fico irritado quando as coisas não são do jeito que eu quero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
133) Fico insatisfeito e triste no trabalho sem saber o porquê	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
134) No trabalho, eu posso ter reações exageradas sem querer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Queixas psicológicas

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Sempre
135) Tenho dificuldades em adormecer ou ficar dormindo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
136) Tendo a ser preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
137) Sinto-me tenso e estressado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
138) Sinto-me ansioso e/ou sofro de ataques de pânico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
139) Barulho e multidões me perturbam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Queixas Psicossomáticas

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Sempre
140) Sofro de palpitações ou dores no <input type="radio"/> peito		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
141) Sofro de dores no estômago e/ou <input type="radio"/> intestinais		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
142) Sofro de dores de cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
143) Sofro de dores musculares, como no pescoço, ombros ou costas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
144) Fico doente muitas vezes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI)

As seguintes afirmações questionam seus sentimentos e pensamentos em uma variedade de situações. Para cada item, indique quanto seu pensamento ou sentimento é descrito pela afirmação escolhendo sua posição na escala abaixo ("não me descreve bem"/"descreve-me muito bem"). Quando você tiver decidido sua resposta, marque o número apropriado ao lado da afirmação. Leia cada item com muito cuidado antes de responder. Responda o mais honestamente possível. Obrigado.

1 Não me descreve bem 2

145) Eu frequentemente tenho sentimentos de ternura e preocupação por pessoas menos afortunadas do que eu.

146) Às vezes, eu tenho dificuldade de ver as coisas do ponto de vista dos outros

147) Às vezes, eu não lamento muito por outras pessoas que estão tendo problemas

148) Em situações de emergência, eu me sinto ansioso e desconfortável.

149) Eu tento considerar os argumentos de todas as pessoas em uma discussão antes de tomar uma decisão.

150) Quando eu vejo alguém sendo logrado eu sinto vontade de protegê-lo.

151) Às vezes, eu me sinto desconfortável quando estou no

meio de uma situação muito emotiva.

- 152) Às vezes, eu tento entender melhor meus amigos, imaginando como as coisas são vistas da perspectiva deles..
- 153) Quando eu vejo alguém se ferir, eu tendo a permanecer calmo.
- 154) As desgraças e os problemas dos outros em geral não me perturbam muito.
- 155)

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Se eu tenho certeza de que eu estou correto sobre alguma coisa, eu não desperdiço muito tempo ouvindo os argumentos das outras pessoas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 156) Estar em uma situação emocional tensa assusta-me. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 157) Quando eu vejo alguém sendo injustiçado, eu às vezes não sinto muita pena dele. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 158) Geralmente eu sou muito efetivo
<input type="radio"/> para lidar com emergências. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 159) Frequentemente eu fico emocionado com coisas que eu vejo acontecer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 160) Eu acredito que existem dois lados para cada questão e tento olhar para ambos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 161) Eu descreveria a mim mesmo como uma pessoa de coração mole. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 162) Eu tendo a perder o controle durante emergências. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 163) Quando eu estou incomodado com alguém, geralmente eu tento me colocar em seu lugar por um momento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 164) Quando eu vejo alguém que tem
<input type="radio"/> grande necessidade de ajuda em uma emergência, eu fico desesperado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 165) Antes de criticar alguém, eu tento imaginar como eu me sentiria, se eu estivesse em seu lugar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

História Médica Pessoal

Marque se você tem ou teve algum dos diagnósticos

Nunca tratamento/acompanhamento médico

Não sei/prefiro não

- | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 166) Enxaqueca ou Cefaléia Tensional | | | | |
| 167) Hipo ou Hipertireoidismo | | | | |
| 168) Hipertensão Arterial Sistêmica | | | | |
| 169) Hipercolesterolemia | | | | <input type="radio"/> |
| 170) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica/Asma | | | | <input type="radio"/> |
| 171) Epilepsia | | | | <input type="radio"/> |
| 172) Acidente Vascular Cerebral | | | | <input type="radio"/> |
| 173) Infarto Agudo do Miocárdio | | | | <input type="radio"/> |
| 174) Algum tipo de câncer/neoplasia | | | | <input type="radio"/> |
| 175) Depressão ou Transtorno do Humor | | | | <input type="radio"/> |
| 176) Algum outro transtorno mental | | | | <input type="radio"/> |
| 177) Dependência de Substância Químicas Lícitas
(Álcool, benzodiazepínicos, etc) | | | | <input type="radio"/> |
| | | | | <input type="radio"/> |
| | | | | <input type="radio"/> |
| 178) Dependência de Substância Química ilícita
(maconha, cocaína, etc) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 179) Outra doença não citada acima | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Escores

Escores EMRI

Escore Personal Distress EMRI

Escore Tomada de Perspectiva EMRI

Escore Consideração Empática EMRI

Escore total EMRI

Escores BAT

Somatório BAT - Subscore exaustão

Somatório BAT - Subscore Distanciamento Mental

Somatório BAT - subscore Declínio no Controle Cognitivo

Somatório BAT - Declínio no Controle Emocional

Somatório BAT total

EMCAS

Escore EMCAS

Escores EACT

Escore EACT - Subscore aproximação

Escore EACT - Subescore Afastamento

Escore EACT - Subescore Indiferença
