

Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil

Work conditions and mental health among doctors from Salvador, Bahia, Brazil

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho ¹
 Fernando Martins Carvalho ²
 Tárçyo Antonio Silva Bonfim ²
 Carlos Adriano Souza Cirino ²
 Isis Sacramento Ferreira ²

Abstract

This cross-sectional study investigated the association between work conditions and minor psychological disorders (MPD) in a random sample of 350 doctors from Salvador City, State of Bahia, Brazil. Data were gathered using an individual, self-report questionnaire that incorporated the demand-control model (Job Content Questionnaire) to evaluate psychosocial aspects of the doctors' work and the Self-report Questionnaire (SRQ-20) to evaluate their mental health. The study found increased work overload, overtime and extended work shifts, multiple jobs, low income per hour worked, and unstable work arrangements with payment per procedure. The prevalence of MPD was 26.0% and was more strongly associated with aspects of the psychological demands of work than with the doctors' control over it. Doctors with high strain (high demand and low control) jobs showed MPD prevalence of 3.07 (95%IC: 1.38-6.85) times higher than those in low strain (low demand and high control) jobs.

Physicians; Mental Health; Working Conditions

Introdução

Há carência de informações sobre a relação entre condições de saúde e de trabalho da categoria médica. A medicina já foi vista como função de alto valor social, interpretada como um “dom”, um “sacerdócio”, valorizada socialmente e assumida como atividade pública de alta relevância ^{1,2}. Nos últimos cinquenta anos, mudanças significativas ocorreram na organização do trabalho médico em consequência do grande desenvolvimento científico, tecnológico e da institucionalização da assistência à saúde. O local predominante da prática médica deslocou-se do consultório individual para as instituições hospitalares modernas. No interior dos hospitais e serviços de saúde, o trabalho médico passou a vivenciar a tensão entre a autonomia do modelo artesanal e a heteronomia da ordem social e institucional ^{3,4,5,6}. A dimensão científico-tecnológica da medicina tornou-se predominante, orientando os processos de trabalho atuais e impondo um novo padrão de formação escolar ancorado na estrutura altamente tecnicizada do hospital-escola, valorizando a aquisição de conhecimentos científicos e a integração ao mercado de trabalho por meio da especialização ^{7,8}.

No Brasil, na área da saúde, grandes mudanças atingiram os serviços privados (lucrativos e não lucrativos) e públicos (estatais) que passaram a adotar novas tecnologias e novos

¹ Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Brasil.
² Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Feira de Santana, Brasil.

Correspondência

C. L. Nascimento Sobrinho
 Departamento de Saúde,
 Universidade Estadual de Feira de Santana,
 BR 116, km 03,
 Campus Universitário,
 Feira de Santana, BA
 44031-460, Brasil.
 mon.ica@zaz.com.br

modelos de organização do trabalho. O hospital converteu-se no espaço privilegiado para implementação de novos modelos de organização do trabalho. Neste processo, os médicos foram submetidos às mesmas regras impostas aos demais trabalhadores de qualquer empresa capitalista: instabilidade e precarização do contrato de trabalho, ritmo intenso e jornadas de trabalho prolongadas, redução da remuneração e perda do controle de sua atividade. Somem-se a estes aspectos, as especificidades e particularidades do trabalho médico: aliviar a dor e o sofrimento e ter a morte como situação rotineira^{9,10}.

Em 1995 e em 2003, realizaram-se amplas pesquisas, de âmbito nacional, retratando as principais características do médico e do seu mercado de trabalho. Destacaram-se a crescente participação do sexo feminino na categoria; concentração de médicos nos grandes centros urbanos; ritmo intenso de trabalho; jornadas de trabalho prolongadas; predomínio das atividades de plantão, principalmente entre os médicos mais jovens; sobrecarga de trabalho; insatisfação com a remuneração e com a profissão^{4,11}.

Em um estudo sobre o mercado de trabalho médico no Estado de São Paulo, Brasil, observou-se que a maior parcela dos médicos aliava trabalho assalariado e prática autônoma em consultórios e em organizações hospitalares, numa jornada que chegava a acumular três ou mais atividades. Predominava a contratação de médicos de forma assalariada no setor público e no setor privado por prestação de serviços, por meio de cooperativas ou empresas médicas. Esta forma de contratação foi considerada como uma tendência no mercado, principalmente nos hospitais privados lucrativos. O valor de remuneração mais freqüente variava de dez a vinte salários mínimos¹².

Dentre os poucos estudos sobre as condições de saúde dos médicos no Brasil, a maior parte enfoca a saúde mental desses trabalhadores^{13,14,15,16,17}. Mesmo em países desenvolvidos, poucos são os estudos que buscam associar as condições de trabalho às condições de saúde dos médicos e também predominam estudos sobre os transtornos mentais nessa categoria^{18,19,20,21,22,23}.

Este trabalho investigou a associação entre aspectos psicossociais do trabalho médico e a ocorrência de distúrbio psíquico menor (DPM) em médicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil.

Métodos

Realizou-se um estudo epidemiológico de corte transversal, em uma amostra aleatória dos médicos residentes na Cidade de Salvador, registrados no Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB). O tamanho da amostra foi calculado considerando-se um total de 7.897 médicos, com nível de confiança de 95,0%, precisão absoluta de 5,0%, proporção esperada para os eventos estudados de 50,0%, resultando num tamanho amostral de 384²⁴. Decidiu-se estudar 800 médicos para compensar possíveis perdas e recusas.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário padronizado, respondido pelos próprios médicos, não sendo necessário que os mesmos se identificassem. O questionário apresentou cinco blocos de questões: 1º bloco – identificação geral do entrevistado, destinado a caracterizar os indivíduos integrantes da amostra segundo sexo, idade, especialização, tempo de trabalho profissional, carga horária total trabalhada/semana, turnos de trabalho etc.; 2º bloco – características dos ambientes de trabalho percebidas pelos médicos como nocivas à sua saúde e o *Job Content Questionnaire* (JCQ); 3º bloco – queixas de doenças, para avaliar a situação global de saúde dos indivíduos, buscando identificar queixas e sintomas de alguns agravos à saúde, tais como distúrbios do sono, distúrbios auditivos e visuais, alergias, infecções recorrentes, distúrbios gastrointestinais, dentre outros problemas de saúde mais comuns; 4º bloco – avaliação da saúde mental dos trabalhadores através de um instrumento de detecção de DPM: o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) e um instrumento de triagem de alcoolismo (CAGE); e 5º bloco – questões sobre doenças e acidentes de trabalho, problemas de saúde recentes e hábitos de vida.

O JCQ identifica dois importantes aspectos das situações de trabalho: demanda psicológica e controle da atividade pelo trabalhador^{25,26,27,28}. A demanda psicológica refere-se às exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta na realização das suas tarefas, envolvendo pressão de tempo, nível de concentração requerida, interrupção das tarefas e necessidade de esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores. O controle sobre a tarefa refere-se à habilidade ou destreza do trabalhador para realizar as tarefas a ele confiadas e à oportunidade de participar das decisões no ambiente de trabalho. O JCQ permite a construção de quadrantes baseados em combinações de aspectos da demanda psicológica e do controle das atividades: baixa exigência (combinação de

baixa demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e alta exigência (alta demanda e baixo controle) ²⁸.

Para a construção dos indicadores de demanda e de controle procedeu-se ao somatório das variáveis referentes a cada um desses indicadores, considerando-se as ponderações previstas na operacionalização do modelo. Para a dicotomização da demanda (baixa/alta) e do controle (baixo/alto) adotou-se a mediana como ponto de corte (o guia do JCQ ²⁸ recomenda o uso da média como ponto de corte). Com base nos pressupostos assumidos no modelo demanda-controle, o trabalho realizado em condições de alta demanda e baixo controle (alta exigência) foi considerado como a situação de maior exposição. No outro extremo encontrava-se o trabalho de menor exposição, ou seja, com baixa demanda e alto controle (baixa exigência). As demais combinações seriam consideradas situações de trabalho de exposição intermediária ²⁸.

A versão do JCQ em português ²⁸ inclui 49 questões: 17 a respeito de controle sobre o trabalho (6 sobre habilidades e 11 sobre autoridade decisória), 14 questões sobre demanda (9 sobre demanda psicológica e 5 sobre demanda física), 11 sobre suporte social (5 sobre suporte social proveniente da chefia e 6 de suporte proporcionado pelos colegas de trabalho), 6 sobre insegurança no trabalho e uma questão sobre o nível de qualificação exigida para o trabalho executado. Trinta e oito questões foram medidas em uma escala de 1 a 4 (1 = discordo fortemente; 2 = discordo; 3 = concordo; e 4 = concordo fortemente). Onze questões referentes à supervisão do médico por outros funcionários dos serviços de saúde, estabilidade e instabilidade no trabalho, número de membros nas equipes de trabalho e participação sindical foram adaptadas ²⁹.

Nesta tradução do JCQ para o português, seguiram-se os procedimentos estabelecidos pelo JCQ Center ³⁰ que incluem uma versão para o inglês (“*back translation*”).

Estudos de validação do JCQ indicam bom desempenho deste instrumento ^{28,31}. No Brasil, um estudo de validação com uma versão resumida do JCQ encontrou resultado satisfatório ³². Estudos conduzidos no Brasil apresentam resultados consistentes com os obtidos em outros países ²⁸.

O SRQ-20 é um questionário projetado para uso em estudos de morbidade psiquiátrica em instituições de cuidados primários de saúde de países em desenvolvimento ^{33,34}. O grau de suspeição para distúrbios psíquicos foi ava-

liado com base no escore alcançado por cada médico(a) no SRQ-20. Adotou-se o ponto de corte igual ou maior que sete respostas positivas, adotado em outras pesquisas na área de saúde do trabalhador ^{35,36,37,38,39,40}.

O CAGE constitui-se de quatro questões que têm por objetivo identificar suspeitos de alcoolismo. O termo CAGE é originário das palavras-chave incluídas em cada uma das quatro questões em inglês, respectivamente: “*cut-down*”, “*annoyed*”, “*guilty*”, “*eye-opener*”. O CAGE é utilizado como teste de triagem para detecção de abuso no consumo de bebidas alcólicas, adotando-se o ponto de corte em duas ou mais respostas positivas para as quatro questões do teste. Apresenta alta sensibilidade, especificidade e valores preditivos tanto na sua versão em inglês, como na versão em português ⁴¹.

Os questionários foram acompanhados de carta de apresentação e justificativa do trabalho, referendados por entidades representativas da categoria médica no Estado da Bahia (CREMEB, Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia e Associação Baiana de Medicina). Os questionários foram enviados pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (EBCT), com retorno pago, após ampla campanha de divulgação do estudo em diversos veículos de comunicação (jornais escritos, programas de televisão, rádios AM e FM) e divulgação direta em clínicas e hospitais, por meio de cartazes e folhetos. Os médicos selecionados na amostra foram contatados por telefone, buscando o estabelecimento de um contato inicial. A coleta de dados ocorreu de agosto de 2002 a março de 2003. Os médicos que não devolveram os questionários, via EBCT, foram contatados por telefone, sendo-lhes solicitado o retorno do questionário.

A análise estatística dos dados foi feita com uso do programa SPSS para *Windows* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Realizou-se análise da associação entre as variáveis independentes, demanda (JCQ), controle (JCQ) e seus quadrantes com o resultado do SRQ-20, adotado como variável dependente. As variáveis faixa etária, sexo, situação conjugal, realização de atividade física, atividade em regime de plantão, carga horária semanal de trabalho médico, renda mensal como médico, inserção no mercado de trabalho (assalariado setor público e privado, prestação de serviço, consultório particular típico e atípico) e categoria de especialidade foram consideradas como potenciais variáveis de confundimento. A razão de prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram usados para medir as associações entre as variáveis estudadas. A técni-

ca de análise de regressão logística múltipla (ARLM) foi usada para avaliar a associação entre DPM e os quadrantes do modelo demanda-control, controlando pelo efeito de outras variáveis independentes relevantes. Considerando que a ARLM foi desenvolvida para uso em análises de estudos caso-controle, produzindo medidas de *odds ratio* (OR) e não de RP, foi necessário converter OR para RP, com os respectivos intervalos de confiança, através do método Delta⁴².

Um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* foi enviado junto com o questionário, e garantido o sigilo das informações. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Universidade Federal da Bahia, seguindo as recomendações formais⁴³.

Resultados

Estudou-se 350 médicos, correspondendo a 43,7% dos 800 indivíduos inicialmente elegíveis. Houve 120 (15,0%) perdas, caracterizadas por endereço desatualizado ou errado e inexistência de telefones para contato. Os 330 (42,3%) restantes foram considerados como recusas, pois foram contatados através dos correios e por telefone, mas não devolveram os questionários enviados.

Entre os médicos estudados, 54,4% eram do sexo masculino e 45,6% do feminino. Em relação à situação conjugal, 57,2% dos médicos eram casados, 21,8% solteiros. Dos médicos estudados, 52,0% eram naturais de Salvador, 33,2% do interior do Estado da Bahia e 13,5% de outro estado ou país. A média de idade foi de 44,3 ± 13,1 anos.

Em relação à situação profissional como médico, 97,1% apresentavam-se ativos, 2,3% encontravam-se aposentados e 0,6% tinha abandonado a profissão. Na amostra estudada, 25,9% desenvolviam atividades de trabalho médico em outros municípios.

A medicina apresentava-se como única fonte de renda para 86,2% dos profissionais estudados e 13,8% apresentavam outras fontes de renda, sendo o aluguel de imóveis a alternativa mais freqüente. A renda mensal aproximada obtida com o trabalho médico era igual ou inferior a R\$5.000,00 para 61,9%, variando de R\$5.001,00 a R\$10.000,00 para 28,4% da amostra.

Da amostra estudada, 58,4% apresentavam carga horária semanal de trabalho médico igual ou superior a 41 horas. Destes, 38,5% apresentavam 41 a 60 horas de trabalho. A atividade de plantão foi referida por 40,7% dos médicos estudados. Destes, 50,0% apresentavam carga ho-

rária semanal de plantão igual ou superior a 25 horas.

As diversas formas de inserção no mercado de trabalho foram: consultório particular típico (11,7%), consultório particular atípico (43,4%), prestação de serviço com remuneração por procedimento realizado (41,9%), assalariamento no setor público (47,6%) e assalariamento no setor privado (24,4%).

Dentre as queixas relacionadas à saúde mental destacaram-se: cansaço mental (54,1%), sonolência (37,5%), esquecimento (30,8%), nervosismo (28,4%), insônia (25,1%) e sofrimento psíquico (11,7%).

A prevalência de fumantes no momento da pesquisa foi de 13,1%, 23,5% eram ex-fumantes. O consumo de bebida alcoólica foi referido por 49,1% dos médicos. O teste CAGE classificou 5,8% dos médicos como bebedores-problema. Entre os homens, a prevalência de bebedores-problema foi de 6,9% e entre as mulheres de 4,5%, mas essa diferença não apresentou significância estatística ($p > 0,05$).

Dos 350 médicos, 96,6% responderam a todas as perguntas do SRQ-20. A prevalência de DPM estimada pelo teste foi de 26,0%.

A prevalência de DPM estava associada significativamente com o sexo feminino (RP = 2,04), ser solteiro (RP = 1,79), apresentar idade < 45 anos (RP = 1,79), não praticar atividade física (RP = 1,69) e realização de consulta psiquiátrica (RP = 2,11) (Tabela 1).

A prevalência de DPM estava significativamente associada a não trabalhar em consultório típico (pagamento dos serviços médicos diretamente pelo paciente) (RP = 2,51); trabalhar por prestação de serviço, com remuneração por serviço realizado, sem vínculo formal de trabalho (RP = 1,51); trabalhar em regime de plantão (RP = 1,63) e renda mensal obtida com trabalho médico ≤ R\$5.000,00 (RP = 2,36) (Tabela 2).

Dentre as questões relacionadas ao controle das atividades destacaram-se: ausência de oportunidade para desenvolver habilidades especiais (RP = 2,21), não ter liberdade para tomar decisões (RP = 1,63), não ter influência sobre as decisões (RP = 1,85) e ausência de decisões democráticas no trabalho (RP = 1,60) (Tabela 3).

Dentre as questões relacionadas à demanda psicológica destacaram-se: a existência de volume excessivo de trabalho (RP = 3,10), ritmo acelerado de trabalho (RP = 2,21), tempo insuficiente para realização das tarefas (RP = 2,42), interromper tarefas antes de tê-las concluído (RP = 1,50), exigência de rapidez no trabalho (RP = 1,81), exposição a demandas conflitantes feitas por outras pessoas (RP = 2,12) e exigência de esforço físico (RP = 1,88) (Tabela 4).

Tabela 1

Razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para a associação entre as variáveis sócio-demográficas, hábitos de vida e distúrbios psíquicos menores (DPM) em médicos de Salvador, Bahia, Brasil, 2002.

Variáveis sócio-demográficas e hábitos de vida (referente)	n*	RP**	IC95%
Sexo feminino (masculino)	337	2,04	1,37-2,91
Idade < 45 anos (≥ 45 anos)	334	1,71	1,15-2,52
Situação conjugal solteiro (casado)	265	1,79	1,20-2,67
Ter hábito de beber (não ter hábito)	338	1,13	0,79-1,62
Não se considera no peso ideal (se considera)	338	1,39	0,90-2,15
Não pratica atividade física (pratica)	336	1,69	1,19-2,41
Realizou consulta psiquiátrica (nunca realizou)	316	2,11	1,48-3,01

* Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas;

** RP calculada com a variável referente no denominador.

Tabela 2

Razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para a associação entre variáveis relacionadas à situação profissional e distúrbios psíquicos menores (DPM) em médicos de Salvador, Bahia, Brasil, 2002.

Situação profissional (referente)	n*	RP**	IC95%
Ter atividade no setor público (não ter atividade)	330	1,13	0,78-1,64
Ter atividade no setor privado (não ter atividade)	331	1,08	0,71-1,65
Ter atividade em consultório (não ter atividade)	324	0,87	0,59-1,27
Não trabalha em consultório típico (trabalha)	324	2,51	1,08-5,84
Trabalha em consultório atípico (não trabalha)	324	1,16	0,81-1,67
Presta serviço (não presta serviço)	324	1,51	1,05-2,18
Trabalha em regime de plantão (não trabalha)	326	1,63	1,13-2,33
Carga horária semanal de plantão > 24h (≤ 24h)	133	1,02	0,63-1,62
Carga horária semanal de trabalho > 40h (≤ 40h)	315	1,23	0,83-1,82
Renda mensal ≤ R\$5.000,00 (> R\$5.000,00)	333	2,36	1,47-3,77
Especialidade cognitiva (técnico-cirúrgica)	306	1,29	0,79-2,12
Realizou residência médica (não realizou)	334	1,48	0,96-2,28
Ter título de especialização (não ter)	334	0,82	0,57-1,19

* Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas;

** RP calculada com a variável referente no denominador.

A elevação na prevalência de DPM esteve estatisticamente associada com baixo controle do trabalho por parte do médico (RP = 1,63, na Tabela 3) e com alta demanda psicológica da atividade (RP = 1,72, na Tabela 4).

A prevalência de DPM variou segundo os quadrantes do modelo demanda-controle. A situação de alta exigência apresentou a mais elevada prevalência de DPM (42,9%). No extremo oposto, a situação de baixa exigência apresentou a prevalência mais baixa (14,0%). Os

trabalhos ativo e passivo apresentaram prevalências intermediárias de 26,7% e de 28,6%, respectivamente. A RP para DPM entre a situação de alta exigência e a de baixa exigência, apontou forte associação estatística (RP = 3,07; IC95%: 1,38-6,35). Esta RP permaneceu fortemente associada (RP = 2,99; IC95%: 1,24-7,20), mesmo após o ajuste por sexo, situação conjugal, faixa etária, realização de atividade física, inserção no mercado de trabalho (consultório típico, prestação de serviço), realizar atividade

Tabela 3

Razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para a associação entre questões sobre o controle sobre o trabalho do *Job Content Questionnaire* (JCQ) e distúrbios psíquicos menores (DPM) em médicos de Salvador, Bahia, Brasil, 2002.

Conteúdo do trabalho (referente)	n*	RP**	IC95%
Baixo controle (alto controle)	215	1,63	1,03-2,59
1. O seu trabalho não é repetitivo? (é repetitivo)	301	0,83	0,54-1,25
2. No seu trabalho você não tem oportunidade de desenvolver suas habilidades especiais? (tem oportunidade)	305	2,21	1,55-3,15
3. O seu trabalho não requer o aprendizado de coisas novas? (requer)	310	1,48	0,50-4,42
4. O seu trabalho não requer criatividade? (requer)	284	1,15	0,66-2,01
5. O seu trabalho não permite que você tome decisões sozinho? (permite)	305	1,43	0,86-2,37
6. No seu trabalho você não tem liberdade de decisões? (tem)	300	1,63	1,08-2,45
7. O seu trabalho não exige alto nível de qualificação? (exige)	310	1,50	0,90-2,45
8. O seu trabalho requer a realização de diferentes tarefas? (não requer)	294	1,11	0,73-1,68
9. No seu trabalho você não tem influência sobre as decisões? (tem)	268	1,85	1,24-2,76
10. No seu trabalho as decisões não são democráticas? (são)	268	1,60	1,09-2,35
11. Você não tem muito o que falar do seu trabalho? (tem)	279	0,99	0,63-1,57
12. No seu trabalho suas idéias não são consideradas? (são)	229	1,45	0,98-2,21

* Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas;

** A RP foi calculada com a variável referente no denominador.

Tabela 4

Razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para a associação entre demanda psicológica do *Job Content Questionnaire* (JCQ) e distúrbios psíquicos menores (DPM) em médicos de Salvador, Bahia, Brasil, 2002.

Conteúdo do trabalho (referente)	n*	RP**	IC95%
Alta demanda psicológica (baixa demanda psicológica)	247	1,72	1,14-2,61
1. Seu trabalho exige longos períodos de intensa concentração em uma mesma tarefa? (não exige)	303	1,10	0,69-1,75
2. Você é solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho? (não é solicitado)	298	3,10	1,79-5,35
3. Seu trabalho é realizado sob ritmo acelerado? (não é)	280	2,21	1,53-3,19
4. Suas tarefas muitas vezes são interrompidas antes que você possa concluí-las, adiando para mais tarde a sua conclusão? (não são interrompidas)	276	1,50	1,04-2,18
5. O tempo para a realização das suas tarefas não é suficiente para concluí-las? (é suficiente)	313	2,42	1,63-3,58
6. Seu trabalho requer que você trabalhe muito rápido? (requer)	297	1,81	1,19-2,74
7. Você não está livre de demandas conflitantes feitas por outras pessoas? (está livre)	278	2,12	1,24-3,63
8. Você muitas vezes precisa esperar pelo trabalho de outras pessoas? (não precisa esperar)	249	1,48	0,89-2,47
9. Seu trabalho exige muito esforço físico? (não exige)	286	1,88	1,31-2,69

* Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas;

** A RP foi calculada com a variável referente no denominador.

de plantão, renda mensal como médico e categoria de especialidade, num modelo de regressão logística múltipla (Tabela 5).

Discussão

Constatou-se excesso de inserções de trabalho, em média duas inserções por médico e sobrecarga de trabalho, especialmente em regime de plantão. Esses resultados são semelhantes aos obtidos em outros estudos ^{2,4,11,12}. Essa situação apresenta-se inadequada, pois a atividade médica caracteriza-se pela necessidade de tempo para interação entre médico e paciente, acompanhamento e estudo dos mesmos, bem como para atualização científico-tecnológica.

A remuneração obtida com o trabalho médico observada isoladamente pode ser considerada satisfatória. Entretanto, observa-se que para obtenção desse resultado financeiro, faz-se necessário uma sobrecarga de trabalho, com baixa remuneração por hora trabalhada. Outros estudos constataram ainda insatisfação com a remuneração obtida ^{4,11,12}.

O consultório permanece como uma forma importante de inserção no mercado de trabalho. Entretanto, o consultório típico exclusivo apresenta-se de forma residual para apenas 1,5% dos médicos estudados. Como em outros estudos ^{2,4,11,12}, nossos resultados revelam elevada frequência de trabalho informal, por procedimento, principalmente no setor privado com redução do trabalho assalariado. Estas con-

dições relacionam-se à subcontratação, terceirização e precarização do trabalho médico, principalmente no setor privado, mas também no setor público ^{2,4,11,12}.

Dentre os problemas referentes à saúde mental potencialmente associados às características do trabalho médico destacou-se a sobrecarga de trabalho, especialmente em regime de plantão. A sobrecarga de trabalho expõe o profissional na sua lida com a dor, o sofrimento e a morte dos seus pacientes ^{2,17}.

A prevalência de DPM foi elevada, corroborando com os resultados obtidos em relação a queixas e diagnósticos de saúde. Os médicos apresentaram prevalência de DPM mais elevada que a de outras categorias profissionais: professores da rede particular de ensino de Salvador (18,7%) ²⁹, professores da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, (20,3%) ²⁹, metroviários do Rio de Janeiro (25,8%) ⁴⁰, metalúrgicos em São Paulo (19,4%) ³⁶, trabalhadores de indústria de celulose e papel (10,0%) ³⁸ e trabalhadores de hospital (20,9%) ¹⁷.

Os médicos de Salvador apresentaram prevalência de bebedores-problema ao teste CAGE ⁴⁴ igual ou mais elevada que a de outras categorias profissionais: professores universitários (3,9%) ²⁹, agricultores da Serra Gaúcha (6,0%) ³⁶ e professores da rede privada de ensino de Salvador (2,1%) ⁴⁵.

Os médicos estudados caracterizaram o seu trabalho como sendo de alta demanda psicológica e consideraram ter baixo controle sobre a sua atividade. Esses resultados assemelham-se aos encontrados em outros estudos ^{29,35,46}.

Tabela 5

Razões de prevalência (RP)* bruta e ajustada e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para a associação entre grupos do modelo demanda-controle e distúrbios psíquicos menores (DPM) em médicos de Salvador, Bahia, Brasil, 2002.

Grupos do modelo demanda-controle (JCQ)	n	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	RP ajustada** (IC95%)
Baixa exigência ↓ Demanda + ↑ Controle	43	14,0	1,00	1,00
Trabalho passivo ↓ Demanda + ↓ Controle	44	26,7	1,95 (0,81-4,74)	2,17 (0,84-5,66)
Trabalho ativo ↑ Demanda + ↑ Controle	42	28,6	2,05 (0,85-4,95)	1,95 (0,74-5,15)
Alta exigência ↑ Demanda + ↓ Controle	56	42,9	3,07 (1,38-6,85)	2,99 (1,24-7,20)

* A RP foi calculada com a situação de alta exigência no numerador;

** Ajustada por faixa etária, sexo, situação conjugal, prática de atividade física, inserção no mercado (consultório típico e por procedimento), atividade de plantão, carga horária semanal, renda e especialidade.

A elevada prevalência de DPM observada na situação de alta exigência do modelo demanda-controle confirma a principal predição do modelo: de que o trabalho em alta exigência concentra os maiores riscos à saúde dos trabalhadores. A elevada prevalência de DPM na situação de trabalho ativo sugere que o trabalho realizado em alta demanda, ainda que em situação de alto controle, pode ser prejudicial à saúde mental dos médicos. Esses achados sugerem que a demanda psicológica tem um papel mais relevante que o controle na produção de sofrimento psíquico. Esse resultado coincide com o de outros estudos²⁸.

A existência na atividade médica de condições de trabalho desencadeadoras de sofrimento, estresse e ansiedade é uma realidade não mais contestada. No entanto, as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores reconhecidamente expostos a fatores estressantes e ansiogênicos são ainda pouco conhecidas. A organização do trabalho é o principal orientador da vida mental do trabalhador. A partir dos elementos presentes na organização do trabalho, deve-se investigar o que, especificamente, pode ser tomado como fonte de sofrimento e de danos à saúde dos médicos^{47,48}.

Quando é possível definir os próprios ritmos e formas de executar as tarefas, personalizando o processo de trabalho, o que predominantemente entra em jogo é a criatividade e a inventividade. Esse tipo de comportamento é denominado de “comportamento livre”. O “comportamento livre” transforma e reordena o trabalho na direção do prazer, possibilitando um ajuste entre as exigências do processo de trabalho e a estrutura psíquica de cada um, e abrindo brechas para a transformação da realidade segundo os próprios desejos^{47,48}. Esse padrão operacional é tipicamente associado à medicina artesanal. Quando ocorre a impossibilidade de atendimento a essas condições básicas, por meio de processos de trabalho que atuam no sentido de bloquear o comportamento livre, ocorre uma mudança no significado do trabalho dos indivíduos. Ou seja, na medida em que o processo de trabalho é conduzido em direção oposta ao “comportamento livre”, impondo modos operatórios rígidos e padronizados, menos o trabalho representará para o indivíduo a possibilidade de equilíbrio mental e mais próximo estará de constituir-se em fonte de sofrimento⁴⁸.

Faz-se necessário tecer algumas considerações metodológicas. Este estudo apresentou um

excesso de perdas e recusas (57,3%), que poderia ter comprometido a generalização dos resultados. Segundo o banco de dados do CREMEB 10, 52,6% dos médicos pertencem ao sexo masculino e 47,4% ao feminino. Estas proporções são muito semelhantes às da amostra que estudamos. As freqüências das especialidades ginecologia e obstetrícia (10,0%), pediatria (9,2%), cirurgia geral (7,6%), medicina interna (7,2%), anestesiologia (6,4%), cardiologia (4,9%), oftalmologia (4,9%), ortopedia e traumatologia (4,0%), psiquiatria (2,6%) foram semelhantes às obtidas em nosso estudo, fato que pode ter minimizado o viés de seleção⁴⁹.

Em estudos com amostras aleatórias de médicos, que adotaram a estratégia de envio do questionário ao domicílio, os resultados, em termos de devolução, apresentaram-se semelhantes aos obtidos neste estudo. No estudo *Perfil dos Médicos no Brasil*, a freqüência de perdas e recusas atingiu 48,2% para o Brasil, 45,1% para a Bahia e 46,0% para Salvador⁴. Um inquérito sobre a atenção dos médicos em relação à sua própria saúde, realizado em Barcelona, Espanha, obteve 66,0% de perdas e recusas⁴⁹. Esses resultados apontam a dificuldade na obtenção de respostas em pesquisas com médicos.

Devem-se apontar os limites de estudos de corte transversal. Nesses estudos, coletam-se os dados pertinentes dos membros participantes. Somente na análise dos dados formam-se os grupos, pois, é nesta fase que são conhecidos os indivíduos expostos e não-expostos, que estão sadios ou doentes. O estudo de corte transversal examina a relação exposição-doença em uma dada população ou amostra, em um momento particular, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Por isso, esse tipo de estudo apenas identifica associação entre as variáveis estudadas. Neste estudo a alta prevalência de DPM poderia ser a variável preditora da situação de alta exigência no modelo JCQ. Entretanto, a coerência e a consistência dos achados, apontam para uma associação entre a situação de alta exigência e a prevalência de DPM.

Os resultados apresentados estimulam novas investigações para caracterizar mais precisamente a exposição à alta demanda psicológica dentro dos serviços de saúde, na busca de um melhor entendimento dos processos de trabalho aos quais estão submetidos os trabalhadores médicos nas suas várias especialidades.

Resumo

Um estudo de corte transversal investigou a associação entre as condições de trabalho e distúrbios psíquicos menores (DPM) em uma amostra aleatória de 350 médicos de Salvador, Bahia, Brasil. Um questionário individual auto-aplicável avaliou aspectos psicossociais do trabalho, utilizando o modelo demanda-controle (Job Content Questionnaire), e a saúde mental dos médicos, usando o Self-report Questionnaire (SRQ-20). Constatou-se elevada sobrecarga de trabalho, trabalho em regime de plantão, múltiplas inserções profissionais, baixa remuneração por hora trabalhada e contratação precária sob a forma de remuneração por procedimento. A prevalência de DPM foi de 26,0% e estava mais fortemente associada com aspectos da demanda psicológica do trabalho do que com o controle deste por parte dos médicos. Médicos com trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle) apresentaram 3,07 (IC95%: 1,38-6,85) vezes mais DPM do que aqueles com trabalho de baixa exigência (baixa demanda e alto controle).

Médicos; Saúde Mental; Condições de Trabalho

Colaboradores

C. L. Nascimento Sobrinho e F. M. Carvalho colaboraram na elaboração do marco referencial teórico, metodologia, análise dos dados e redação do artigo. T. A. S. Bonfim, C. A. S. Cirino e I. S. Ferreira participaram da digitação e análise dos dados.

Referências

1. Vieira ALS, Amâncio Filho A, Machado MH, Moyses NMN. Trabalhadores de saúde em números. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1988.
2. Conselho Federal de Medicina. Os médicos e a saúde no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
3. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
4. Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
5. Mendes-Gonçalves RB. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1979.
6. Schraiber LB. O trabalho médico e a clínica na medicina moderna. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR, Série Textos 4).
7. Schraiber LB. O médico e o seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Editora Hucitec; 1993.
8. Schraiber LB. Profesión médica: representación, trabajo y cambio. Educ Med Salud 1991; 25:58-71.
9. Moura MA, Peixoto R, Agosto FM. A saúde ocupacional dos médicos. In: Agosto FM, Peixoto R, Bordin R, organizadores. Riscos da prática médica. Porto Alegre: Da Casa Editora; 1998. p. 45-63.
10. Nascimento Sobrinho CL, Nascimento MA. Trabalho e saúde dos médicos. In: Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo, organizador. Desgaste físico e mental do cotidiano médico. São Paulo: Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo; 2002. p. 45-65.
11. Conselho Federal de Medicina. O médico e o seu trabalho. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2004.
12. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Mercado de trabalho médico no Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2002.
13. Nogueira-Martins LA. Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. Bol Psiquiatr 1989; 22-23:9-15.
14. Nogueira-Martins LA. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. Rev Bras Clín Ter 1991; 20:353-64.
15. Nogueira-Martins LA. Vicissitudes do exercício da medicina e saúde psicológica do médico. Arq Bras Endocrinol Metab 1995; 39:188-93.
16. Nogueira-Martins LA. Morbidade psicológica e psiquiátrica entre médicos. In: Agosto FM, Peixoto R, Bordin R, organizadores. Riscos da prática médica. Porto Alegre: Da Casa Editora; 1998. p. 27-34.
17. Pitta A. Hospital, dor e morte como ofício. São Paulo: Editora Hucitec; 1990.
18. Colford Jr. JM, McPhee SJ. The ravelled sleeve of care. Managing the stresses of residency training. JAMA 1989; 261:889-93.
19. McCue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. N Engl J Med 1982; 306: 458-63.
20. Mawardi BH. Satisfactions, dissatisfactions and causes of stress in medical practice. JAMA 1979; 241:1483-6.

21. Pilowski L, O'Sullivan G. Mental illness in doctors. *BMJ* 1989; 298:269-70.
22. Ross M. Suicide among physicians – a psychological study. *Dis Nerv Syst* 1973; 31:145-50.
23. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Dependência química entre anestesiologistas. São Paulo: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2002.
24. Lwanga SK, Lemeshow S. Simple size determination in health studies: a practical manual. Geneva: World Health Organization; 1991.
25. Karasek RA. Job Content Questionnaire and user's guide. Revision 1.1. Lowell: University of Massachusetts; 1985.
26. Karasek RA, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
27. Karasek RA, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998; 3:322-55.
28. Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-control. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:991-1003.
29. Araújo TM, Reis EJFB, Kawalkiewicz C, Silvany Neto AM, Delcor NS, Paranhos I, et al. Saúde e trabalho docente: dando visibilidade aos processos de desgaste e adoecimento a partir da construção de uma rede de produção coletiva. *Educação em Revista* 2003; 37:183-212.
30. Karasek R. Job Content Questionnaire user's guide. Lowell: University of Massachusetts; 1985.
31. Pelfrene E, Vlrick P, Mak RP, Smets P, Kornitzer M, Backer G. Scale reliability and validity of Karasek "Job Demand Support" model in the Belstress study. *Work Stress* 2001; 15:297-313.
32. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:164-71.
33. Mari JJ. Minor psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of São Paulo [Ph.D. Thesis]. Londres: University of London Institute of Psychiatry; 1986.
34. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148:23-6.
35. Delcor NS, Araújo TM, Reis EJFB, Porto LA, Carvalho FM, Silva MO, et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:187-96.
36. Borges LH, Faria MAM. Transtornos mentais menores entre trabalhadores de uma usina siderúrgica. *Rev Bras Saúde Ocup* 1993; 21:7-18.
37. Faria NMX, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1999; 33:391-400.
38. Fassa AG, Facchini LA, Dall'Agnol MM. Trabalho e morbidade comum em indústria de celulose e papel: um perfil segundo setor. *Cad Saúde Pública* 1996; 12:297-307.
39. Fernandes SRP, Almeida Filho N. Validação do SRQ em amostra de trabalhadores em informática. *Rev Bras Saúde Ocup* 1998; 89:105-12.
40. Jardim RS, Perelman L, Silva Filho JF. Processo de trabalho e sofrimento psíquico: o caso dos pilotos de metrô do Rio de Janeiro – II. *J Bras Psiquiatr* 1996; 45:323-33.
41. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res* 1983; 16:215-8.
42. Oliveira NF, Santana VS, Lopes AA. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Rev Saúde Pública* 1997; 31:90-9.
43. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
44. Marques ACPR, Alves HNP. O uso de álcool e outras substâncias com potencial de abuso. In: Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo, organizador. *Desgaste físico e mental do cotidiano médico*. São Paulo: Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo; 2002. p. 73-85.
45. Silvany Neto AM, Araújo TM, Kawalkiewicz C, Dutra FRD, Azi GR, Alves RL, et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino, Salvador, Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública* 2000; 24:42-56.
46. Wernick R. Condições de saúde e trabalho dos docentes da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 1999.
47. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Editora Cortez-Oboré; 1987.
48. Dejours C. Introdução à psicopatologia do trabalho. *Tempo Social – Revista de Sociologia da USP* 1989; 1:97-103.
49. Bruguera M, Guri J, Arteman A, Grau Valldosera J, Carbonell J. La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:492-4.

Recebido em 30/Jul/2004

Versão final reapresentada em 03/Mai/2005

Aprovado em 10/Jun/2005