

Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Quality of life, physical and mental health of physicians: a self-evaluation by graduates from the Botucatu Medical School - UNESP

Albina Rodrigues Torres^I

Tânia Ruiz^{II}

Sérgio Swain Müller^{III}

Maria Cristina Pereira Lima^I

^I Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

^{II} Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

^{III} Departamento Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Conflitos de Interesses: inexistentes

Financiamento: inexistente

Correspondência: Albina Rodrigues Torres. Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria. Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. 18618-970 - Botucatu – SP. E-mail: torresar@fmb.unesp.br

Resumo

Objetivo: O presente artigo teve como objetivo analisar resultados de autoavaliações em termos de qualidade de vida (QV), saúde física (SF) e saúde mental (SM) realizadas por ex-alunos do curso de medicina de uma universidade pública brasileira, associando-se tais indicadores a dados demográficos e diversas dimensões da atuação profissional. **Métodos:** estudo de corte transversal que teve como população-alvo todos os egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) no período de 1968 a 2005, utilizando-se um questionário autoaplicável, respondido por correio ou internet. **Resultados:** Dos 2.864 questionários enviados, 1.224 (45%) foram respondidos. Tanto a QV como SF e SM foram avaliadas como boa ou muito boa por 67,8%, 78,8% e 84,5% dos participantes, respectivamente. Nos modelos finais de regressão logística, associaram-se a avaliação favorável de QV: ter boa SF e SM, frequentar congressos regularmente, ter tempo suficiente de lazer e estar satisfeito com a profissão. SF boa ou muito boa associou-se independentemente com QV e SM positivas, faixa de renda mais alta, prática regular de atividades físicas e nunca ter fumado. SM favorável permaneceu associada com satisfação profissional, tempo para lazer, e boa avaliação da QV e da SF. **Conclusões:** Entre os médicos egressos da UNESP, SF e SM foram aspectos indissociáveis e também relacionados à QV. Bons hábitos, como praticar atividades físicas, ter tempo para lazer e não fumar foram associados à melhor avaliação da saúde em geral e devem ser incentivados. A satisfação profissional teve um peso importante no bem-estar emocional relatado pelos participantes.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Saúde. Saúde mental. Autoavaliação. Médicos.

Abstract

Objective: This paper aimed to analyze self-evaluations in terms of quality of life (QoL), physical health (PH) and mental health (MH) of ex-medical students from a Brazilian public university, correlating these outcomes with demographic data and several professional aspects. **Methods:** a cross-sectional study with a target population of all students graduated from the Botucatu School of Medicine (UNIFESP - São Paulo State University) between 1968 and 2005. A self-administered questionnaire, which could be answered by regular mail or internet, was used. **Results:** From the 2,864 questionnaires that were sent by mail, 1,224 (45%) were answered and sent back. Good or very good QoL, PH and MH were reported by 67.8%, 78.8% and 84.5% of participants, respectively. In the final logistic regression model, positive QoL was associated with good PH and MH, regular attendance to scientific meetings, enough leisure time, and professional satisfaction. Good or very good PH was independently associated with positive QoL and MH, higher income level, regular physical activities, and never having smoked. Positive MH remained associated with professional satisfaction, enough leisure time, and positive evaluation of both QoL and PH. **Conclusions:** Among medical doctors graduated from São Paulo State University, PH and MH were inseparable aspects, which were also related to the self-evaluation of QoL. Good habits, such as regular practice of physical exercise, enough leisure time, and not smoking were associated with positive health in general and should be encouraged. Professional satisfaction had an important impact on the emotional well-being of participants.

Keywords: Quality of life. Health. Mental health. Self-evaluation. Physicians.

Introdução

A profissão médica tem aspectos bastante desgastantes, como a exigência de grande dedicação de tempo, o envolvimento de muita responsabilidade pessoal, assim como o contato constante com o sofrimento de pacientes e familiares¹. Pesquisa recente conduzida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo revelou que a carga horária média de trabalho dos médicos entrevistados é de 52 horas semanais, e que estes atuam em média em três diferentes empregos, sendo que aproximadamente um terço deles ultrapassa esses números. Além do acúmulo de vínculos e da longa jornada de trabalho, condições insatisfatórias de trabalho (por exemplo, falta de reconhecimento, remuneração adequada, autonomia, estabilidade, infra-estrutura ou segurança) podem sobrecarregar ainda mais o profissional médico, gerando estresse e afetando negativamente sua convivência familiar e qualidade de vida².

Segundo Firth-Cozens³, a prevalência de médicos que apresentam estresse acima dos pontos de corte usuais situa-se em torno de 28%. Apesar disso, poucos são os estudos que examinaram a saúde física e/ou mental dos médicos brasileiros. Os estudos mais recentes têm sido conduzidos com grupos específicos, como médicos que trabalham em unidades de terapia intensiva^{4,5}, plantonistas de pronto-socorros pediátricos⁶ ou oncologistas⁷⁻⁹. De modo geral, más condições de trabalho são importantes preditores de sofrimento psíquico. Nascimento-Sobrinho et al.¹⁰ pesquisaram as condições de trabalho de 350 médicos de Salvador (BA) e constataram frequência elevada de sobrecarga de horários, múltiplos empregos, baixos salários e instabilidade profissional, assim como uma prevalência de 26% de transtornos psicológicos “menores”. Utilizando o modelo de demanda/control, os autores observaram que médicos que tinham muita demanda e pouco controle sobre o trabalho (alta pressão) tiveram três vezes mais chances de apresentar transtornos psicológicos quando comparados aos

colegas que trabalhavam sob baixa pressão. Lourenção¹¹, em revisão da literatura internacional realizada em 2010, abordou especificamente a saúde e a qualidade de vida de médicos residentes, encontrando incidências elevadas de estresse, fadiga, sonolência, depressão e estafa nessa população, para a qual sugere a implementação de programas de assistência específicos.

Em revisão publicada há quase 20 anos, mas que se mantém atual, Martins¹² ressalta que o estresse na formação e na prática médica seria um possível fator etiológico na gênese dos problemas de saúde mental, o que incluiria abuso e dependência de substâncias psicoativas, síndrome da sobrecarga de trabalho e síndrome do estresse profissional.

O presente estudo faz parte de um levantamento conduzido na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) – UNESP, que teve como objetivos avaliar a opinião dos ex-alunos do curso médico desta faculdade sobre o curso de graduação, sua inserção e satisfação profissionais, assim como a autoavaliação dos egressos em relação à qualidade de vida, saúde física e saúde mental. Este estudo aborda especificamente os últimos três aspectos do levantamento.

Método

Foi realizado um estudo de corte transversal, no qual todos os médicos formados pela FMB – UNESP entre os anos de 1968 (primeira turma) e 2005 (38ª turma) foram considerados possíveis participantes. Um questionário foi especialmente elaborado e enviado por correio em fevereiro de 2007 para toda a população alvo do estudo, ou seja, 2.864 ex-alunos. Do questionário constavam perguntas sobre dados sociodemográficos (por exemplo, sexo, idade, estado civil, local de residência), de formação e educação permanente (ano de ingresso e de formatura, residência médica, especialização, pós-graduação, título de especialista, participação em eventos científicos, leitura de periódicos), de atividade profissional (especialidade, vínculos empregatícios, atuação em diferentes tipos de serviços, cargos

de chefia ou coordenação, renda, grau de estresse pela prática médica), sobre qualidade de vida, lazer, saúde física e mental, tabagismo, além da opinião sobre o curso de graduação na FMB (quanto se sentiu preparado para atuar em determinadas áreas e para realizar alguns procedimentos). Foram enviados envelopes com o questionário, uma carta explicativa e outro envelope já selado, que deveria ser reenviado à FMB com o questionário preenchido anonimamente. Termos de consentimento foram também incluídos, para serem devolvidos em envelope separado, o que permitiu o controle de recusas, e foi procedido um segundo envio do questionário, em outubro de 2007, para tentar minimizá-las. Os questionários devolvidos foram entregues para digitação. Havia ainda a opção de responder ao questionário *online* por meio de acesso ao *site* da FMB e mediante o uso de senha, para os ex-alunos que assim preferissem. O preenchimento *online* seguiu o mesmo procedimento do questionário escrito, sendo apenas adaptado para o ambiente virtual e tendo a assinatura do termo de consentimento como pré-requisito para o seu preenchimento. A autoavaliação de qualidade de vida, assim como de saúde física e mental foi realizada tendo como parâmetro cinco possíveis respostas: muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim, que foram posteriormente agrupadas em 1) muito boa ou boa; 2) regular, ruim ou muito ruim.

Análise Estatística

A análise foi realizada através de métodos quantitativos no programa *Stata 10.0 software*¹³. Inicialmente realizou-se uma análise descritiva das variáveis, seguida de análises univariadas para identificar possíveis associações, elegendo-se como variáveis dependentes a autoavaliação de qualidade de vida, saúde física e saúde mental. Utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson (ou o teste exato de Fisher, quando indicado) para variáveis categóricas e o teste t de Student para variáveis contínuas. A seguir, foi feita análise multivariada,

utilizando-se Regressão Logística (tipo *stepwise*), obtendo-se assim *odds ratios* (OR) ajustados¹⁴. Foram construídos três modelos logísticos, sendo um para cada variável dependente, incluindo-se nos modelos de regressão logística as variáveis explanatórias que apresentaram valor de $p < 0,10$ na análise univariada. Independentemente da significância estatística optou-se por incluir idade, sexo e renda em todos os modelos logísticos, visto que a intenção foi obter OR ajustados e não confundidos com estas variáveis. A idade é uma variável fortemente associada à saúde física, enquanto que sexo feminino e renda têm importante associação com os transtornos mentais mais comuns¹⁵. O nível de significância estatística adotado foi $p < 0,01$, em função do grande tamanho da amostra e dos vários cruzamentos realizados, o que poderia levar a resultados apenas matematicamente significativos.

Aspectos Éticos

Os questionários não eram identificados e seus dados foram analisados em conjunto, garantindo o anonimato dos participantes, que assinaram um termo de consentimento de participação. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB em novembro de 2006.

Resultados

Dos 2.864 questionários enviados, 1.224 (44,9%) foram respondidos. Setenta e dois (2,5%) ex-alunos estavam com os endereços desatualizados, não tendo sido localizados, e 64 óbitos foram notificados (2,2%). Os demais não foram respondidos no intervalo de um ano, mesmo com um segundo envio do questionário por correio. Como cada turma tem 90 alunos, a taxa de resposta variou de 12,2% a 51,1% dos formandos, sendo que nenhuma turma ficou sem representação no estudo.

Dos 1.224 ex-alunos que responderam o questionário, 791 (64,6%) eram de sexo masculino e 411 (33,6%) do feminino, não havendo diferença significativa quanto à

distribuição por sexo entre a amostra e o universo dos egressos ($p = 0,24$), avaliado pelo Teste do Qui-quadrado. Vinte e dois questionários (1,8%) não possuíam informação sobre sexo. A média da idade dos ex-alunos foi de 46,5 anos \pm 10,9, variando entre 24 e 72 anos, sendo que 5,7% tinham até 30 anos de idade, 22,3% entre 31 e 40 anos, 28,4% entre 41 e 50 anos, 26,2% entre 51 e 60 anos e 17,3% acima de 60 anos de idade. A maior parte dos ex-alunos estava casada ou em união estável (77,5%) e referiu ter pelo menos um filho (76,0%).

A grande maioria dos ex-alunos (96,4%) residia no Estado de São Paulo, sendo 844 (70,4%) em cidades do interior e 728 (61,1%) em municípios com menos de 500 mil habitantes. Afirmaram exercer a medicina 98% dos participantes e terem satisfação profissional grande ou muito grande 66,1% deles. Quanto à faixa de renda mensal, 10,5% afirmaram receber menos que 5 mil reais, 34,2% entre 5 e 10 mil, 28,6% entre 10 e 15 mil, 41,1% entre 15 e 20 mil e 12,5% acima deste valor.

Na Tabela 1 estão descritas as frequências dos três principais indicadores (qualidade de vida e saúde física e mental) autoavaliados pelos participantes. Note-se que 68% consideraram sua qualidade de vida como “muito boa ou boa” e que, do mesmo modo, 79% e 85% dos ex-alunos avaliaram bem sua saúde física e mental, respectivamente.

Níveis de estresse “médio, alto ou muito alto” foram referidos por 656 (56,3%) dos participantes para lidar com situações de morte de pacientes, 644 (54,7%) para lidar com pacientes graves, 330 (27,7%) na comunicação com pacientes e familiares e 363 (31,1%) para lidar com processos na área civil. Nenhum ou pouco estresse nessas situações foi referido pelos demais, exceto 29 sujeitos que não responderam a estes itens do questionário (dados não mostrados).

Na Tabela 2 estão apresentados dados sobre qualidade de vida, lazer, prática de atividade física, tabagismo e saúde física e mental dos ex-alunos, de acordo com o sexo. Entre os homens, 39,3% referiram ser

Tabela 1 - Distribuição dos ex-alunos da FMB-UNESP (n = 1.224), quanto à autoavaliação de qualidade de vida, saúde física e mental.

Table 1 – Distribution of graduates from Botucatu Medical School-UNESP (n = 1,224) as to their self-evaluation of quality of life, physical health and mental health.

	Qualidade de Vida		Saúde Física		Saúde Mental	
	N	%	N	%	N	%
Muito Boa	245	20,0	276	22,5	414	33,8
Boa	585	47,8	689	56,3	621	50,7
Regular	301	24,6	210	17,2	145	11,9
Ruim	58	4,7	20	1,6	15	1,2
Muito Ruim	11	0,9	2	0,2	6	0,5
Não Respondeu	24	2,0	27	2,2	23	1,9

fumantes ou ex-fumantes, contra apenas 21,4% das mulheres. Não houve diferenças significativas entre homens e mulheres nos demais aspectos. Apenas 52,3% dos participantes referiram ter tempo suficiente para o lazer. Ainda em relação ao estilo de vida, 44,4% referiram praticar atividades físicas pelo menos três vezes por semana, enquanto 28,6% negaram praticar qualquer atividade regularmente.

A variável “qualidade de vida” foi agrupada em “muito boa ou boa” e “regular, ruim ou muito ruim” para a análise multivariada, cujos resultados significativos estão apresentados na Tabela 3. No modelo final de regressão logística, observa-se que qualidade de vida “muito boa ou boa” associou-se de modo independente com frequentar congressos ou eventos científicos regularmente, relatar saúde física e mental como “boa ou muito boa”, estar satisfeito com a profissão, afirmar que faria medicina novamente e ter tempo suficiente para o lazer.

A variável “autoavaliação de saúde física” também foi agrupada em “muito boa ou boa” e “regular, ruim ou muito ruim”, para a análise multivariada. Saúde física “boa ou muito boa” permaneceu associada às seguintes variáveis independentes: ter renda mais alta, nunca ter fumado, referir qualidade de vida e saúde mental “boa ou muito boa” e fazer atividade física três ou mais vezes por semana (Tabela 4).

Ao se agruparem os níveis de saúde mental “boa e muito boa” para a análise

multivariada, as variáveis que se mantiveram associadas a estas, de modo independente, foram: idade mais elevada, qualidade de vida e saúde física avaliadas como “boa ou muito boa”, ter tempo suficiente para lazer e estar satisfeito com a profissão (Tabela 5).

Discussão

Este estudo é pioneiro em abrangência, pois teve como população alvo todo o universo de ex-alunos graduados pela FMB-UNESP nas 38 primeiras turmas, avaliando aspectos sociodemográficos, de inserção e satisfação profissionais, opinião sobre o curso, estresse na prática profissional, qualidade de vida, saúde física e mental, sendo os três últimos indicadores objetos do presente artigo. Assim, diferentemente do levantamento do CREMESP de 2002², que entrevistou por telefone apenas uma amostra de 400 médicos do Estado, este inquérito objetivou avaliar toda a população de egressos da FMB.

Observa-se que aproximadamente 80% dos egressos apresentaram avaliação favorável de sua própria saúde, tanto física quanto mental, apesar de todas as exigências e fatores estressantes da prática profissional. Embora isto possa ter decorrido de eventual viés de resposta, ou seja, egressos com melhores condições de saúde tenham maior representação entre os participantes do estudo, sabe-se que condições de saúde

Tabela 2 - Autoavaliação de qualidade de vida, lazer, prática de atividade física, tabagismo e saúde física e mental dos ex-alunos da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), de acordo com o sexo (n = 1.224)¹.

Table 2 – Self reported quality of life, leisure, exercise, smoking, physical health, and mental health in graduates from the Botucatu School of Medicine Botucatu Medical School-UNESP, by sex (n = 1,224)¹.

	Masculino 791 (64,4%)		Feminino 411 (33,6%)		Total ¹		p
	n	%	n	%	N	%	
Qualidade de Vida*							0,16
Boa ou muito boa	553	70,4	271	66,4	824	69,0	
Regular, ruim ou muito ruim	233	29,6	137	33,6	370	31,0	
Tempo suficiente para o lazer**							0,93
Sim	409	52,4	211	52,1	620	52,3	
Não	391	48,6	200	47,9	591	47,7	
Prática de atividade física							0.25
Não	223	28.2	121	29.5	344	28.6	
1 a 2 vezes por semana	204	25.8	120	29.3	324	27.0	
3 ou mais vezes por semana	364	46.0	169	41.2	533	44.4	
Tabagismo							<0,001
Nunca fumou	475	60,7	319	78,6	794	66,8	
Ex-fumante ou fumante	307	39,3	87	21,4	394	33,2	
Saúde Física***							0,11
Boa ou muito boa	621	79,2	338	83,1	959	80,5	
Regular, ruim ou muito ruim	163	20,8	69	16,9	323	19,5	
Saúde Mental****							0,20
Boa ou muito boa	684	87,0	345	84,3	1029	86,1	
Regular, ruim ou muito ruim	102	13,0	64	15,7	166	13,9	

¹Sem informação sobre sexo de 22 sujeitos. 22 subjects did not report sex.

* Sem informação de 6 sujeitos. 6 subjects did not report it.

** Sem informação de 13 sujeitos. 13 subjects did not report it.

*** Sem informação de 11 sujeitos 11 subjects did not report it.

**** Sem informação de 7 sujeitos. 7 subjects did not report it.

física e mental ruins ou muito ruins são praticamente incompatíveis com a prática profissional. Este resultado remete àquele encontrado pelo CREMESP², no qual a satisfação profissional foi atribuída a aspectos positivos da prática médica, como a realização ou gratificação por fazer um trabalho relevante, ajudar as pessoas, ser valorizado, ter renda razoável, status, respeito ou reconhecimento social. A favor desta hipótese tem-se o fato de que maior carga horária de trabalho não se manteve associada com

pior saúde mental, sugerindo que, embora isto possa ser importante, aspectos como satisfação com o trabalho são relevantes na determinação da saúde do médico.

Ressalte-se que saúde física e mental favoráveis apresentaram associação positiva e estatisticamente significativa entre si, assim como com qualidade de vida boa ou muito boa. Em artigo recente publicado no periódico *The Lancet*¹⁶ com o título “No health without mental health”, os autores reafirmaram o fato há muito reconhecido de que

Tabela 3 - Modelo Final de Regressão Logística para Qualidade de Vida¹ entre egressos do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu (n = 1.224): variáveis que permaneceram associadas significativamente a Qualidade de Vida regular, ruim ou muito ruim.

Table 3 - Final logistic regression model for Quality of Life¹ among graduates from the Botucatu Medical School (n = 1,224): variables that remained significantly associated with regular, bad or very bad Quality of Life.

Variável	Odds Ratio ajustado ²	IC 95%**	p ³
Frequente congressos regularmente			0,002
Sim	1		
Não	2,03	1,34-3,06	
Saúde Física			<0,001
Boa/muito boa	1		
Regular/ruim/muito ruim	3,90	2,61-5,81	
Saúde mental			0,002
Boa/muito boa	1		
Regular/ruim/muito ruim	2,09	1,30-3,35	
Satisfação com profissão			<0,001
Sim	1		
Não	2,51	1,76-3,58	
Escolheria medicina novamente			0,009
Sim	1		
Não	2,24	1,22-4,12	
Tem tempo suficiente para lazer			<0,001
Sim	1		
Não	8,89	6,16-12,82	

* Odds Ratio ** Intervalo de Confiança de 95% 95% confidence interval

¹ Categoria de referência qualidade de vida boa ou muito boa (0), comparado com qualidade de vida regular, ruim ou muito ruim (1). Reference category good or very good (0) quality of life, compared to regular, bad or very bad quality of life (1).

² Ajustado para sexo, renda, idade e demais variáveis do modelo. Adjusted for sex, income, age and other variables of the model.

³ Teste de Waldt. Waldt's test.

há uma estreita conexão entre problemas psíquicos ou transtornos mentais propriamente ditos e outras condições de saúde em geral. Problemas emocionais aumentam o risco de doenças contagiosas (por exemplo, AIDS, tuberculose) ou não contagiosas (por exemplo, doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias) e contribuem para a ocorrência de lesões, sejam estas intencionais ou não, como, por exemplo, auto ou heteroagressões, acidentes de trabalho e de trânsito. Transtornos mentais estão ainda associados a fatores de risco para doenças crônicas, como tabagismo, uso de álcool e drogas, pouca atividade física, hábitos alimentares nocivos e hipertensão arterial. Por outro lado, muitas condições de saúde aumentam o risco de transtornos mentais e esta co-ocorrência pode dificultar a busca de serviços, o diagnóstico e o tratamento, com

impacto negativo no prognóstico dos casos¹⁶. Portanto, constata-se que os transtornos mentais contribuem para a mortalidade e são importantes causas de incapacitação e dependência, sendo que no relatório de 2005 da Organização Mundial da Saúde¹⁷ atribuiu-se 32% de todos os anos vividos com incapacidade a condições neuropsiquiátricas. O periódico acima citado lançou recentemente um movimento¹⁸ alertando para a importância da saúde mental na saúde em geral, destacando que a atenção à saúde mental é uma questão ainda negligenciada, mas que deve ser integrada aos demais aspectos de planejamento e oferta de serviços de saúde. Assim, maior atenção deveria ser dada a aspectos emocionais do bem-estar e da saúde, cujos cuidados devem ser totalmente integrados às políticas públicas de saúde em geral, pois intervenções psicossociais podem

Tabela 4 - Modelo Final de Regressão Logística para Saúde Física¹ entre egressos do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu (n = 1.224): variáveis que permaneceram associadas significativamente a Saúde Física regular, ruim ou muito ruim.

Table 4 – Final logistic regression model for physical health¹ among graduates from the Botucatu Medical School (n = 1,224): variables that remained significantly associated with regular, bad or very bad Physical Health.

Variável	Odds Ratio ajustado ²	IC 95%**	p ³
Renda (em reais mensais)⁴			0,01
15 mil ou mais	1		
Menos de 15 mil	1,73	1,13-2,65	
Tabagismo			0,004
Nunca fumou	1		
Fumante ou ex-fumante	1,75	1,19-2,57	
Qualidade de Vida			<0,001
Boa ou muito boa	1		
Regular, ruim ou muito ruim	3,46	2,41-4,94	
Saúde mental			<0,001
Boa ou muito boa	1		
Regular, ruim ou muito ruim	4,97	3,30-7,48	
Atividade Física			<0,001
3 ou mais vezes/semana	1		
0 a 2 vezes/semana	2,71	1,82-4,04	

* Odds Ratio ** Intervalo de Confiança de 95% 95% confidence interval

¹ Categoria de referência saúde física boa ou muito boa (0) comparado com saúde física regular, ruim ou muito ruim (1). Reference category good or very good (0) physical health, compared to regular, bad or very bad physical health (1).

² Ajustado para idade, sexo e demais variáveis do modelo. Adjusted for sex, income, age and other variables of the model.

³ Teste de Waldt. Waldt's test.

⁴ Com o salário mínimo no valor de R\$380,00, em 2007, 15 mil reais equivaleriam a pouco menos de 40 salários mínimos (39,5 salários mínimos). With the minimum wage of R\$ 380.00 in 2007, R\$ 15,000.00 are equivalent to slightly less than 40 minimum wages (39.5 minimum wages)

melhorar vários desfechos de saúde física¹⁶, inclusive dos profissionais dessa área.

Especificamente em relação à auto-avaliação positiva de saúde física, pode-se observar que esta se associou ainda, de modo independente, com maior nível de renda, nunca ter sido tabagista e praticar atividades físicas pelo menos três vezes por semana. Assim, confirma-se a associação entre estilo de vida ou hábitos saudáveis e boa saúde física, mesmo controlando-se para variáveis como idade e renda. Apesar de o desenho transversal do estudo não permitir inferências sobre direção de causalidade, é possível que os profissionais com melhores níveis de renda possam se dedicar a atividades físicas com maior regularidade, o que geraria um impacto positivo na sua saúde física.

Em relação à saúde mental, é interessante observar que houve associação

independente de avaliação favorável com idade mais elevada, ter tempo para lazer e estar satisfeito com a profissão. Assim, é possível que profissionais mais experientes tenham uma condição profissional de mais estabilidade e segurança, inclusive financeira, o que repercute na maior satisfação profissional e permite ter mais tempo livre para atividades de lazer. Na pesquisa do CREMESP de 2007, profissionais mais jovens tinham carga horária mais alta, maior número de empregos e recebiam menores salários, quando comparados aos mais velhos². Estudo realizado na Turquia por Uncu et al.¹⁹ encontrou associação significativa entre percepções emocionais negativas sobre o trabalho e ocorrência de depressão, ansiedade e estresse entre médicos atuantes em serviços de atenção primária. Em estudo nacional de Gouveia et al.²⁰, idade mais elevada também se associou com maior

Tabela 5 – Modelo Final de Regressão Logística para Saúde Mental¹ entre egressos do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu (n = 1.224): variáveis que permaneceram associadas significativamente a Saúde Mental regular, ruim ou muito ruim.

Table 5 – Final logistic regression model for Mental Health¹ among graduates from the Botucatu Medical School (n = 1,224): variables that remained significantly associated with regular, bad or very bad Mental Health.

Variável	Odds Ratio ajustado ²	IC 95%	p ³
Idade⁴	0,96	0,94-0,97	<0,001
Qualidade de Vida			<0,001
Boa ou muito boa	1		
Regular, ruim ou muito ruim	2,40	1,53-3,75	
Tem tempo suficiente para lazer			0,01
Sim	1		
Não	2,33	1,44-3,78	
Satisfação com profissão			0,001
Sim	1		
Não	3,05	2,02-4,61	
Saúde Física			<0,001
Boa ou muito boa	1		
Regular, ruim ou muito ruim	4,53	3,00-6,83	

¹ Categoria de referência saúde mental boa ou muita boa (0) comparada com saúde física regular, ruim ou muito ruim (1). *Reference category good or very good (0) mental health, compared to regular, bad or very bad mental health (1).*

² Ajustado para demais variáveis do modelo. *Adjusted for other variables of the model.*

³ Teste de Wald. *Wald's test.*

⁴ Idade foi incluída como variável contínua, em anos completos. *Age was included as a continuous variable, as complete years.*

satisfação - no caso, com a vida em geral - de médicos de cinco regiões do Brasil.

Segundo Firth-Cozens³, a prevalência de médicos que apresentam estresse acima da média situa-se em torno de 28%, tanto em estudos longitudinais quanto transversais. Tal prevalência não teria mudado ao longo dos anos, mas sim a consciência dos profissionais, que passaram a admitir este sofrimento com maior facilidade do que anteriormente. No presente trabalho, a prevalência de saúde mental “regular, ruim ou muito ruim” foi de apenas 18%; no entanto, deve-se lembrar que neste inquérito não foram utilizados instrumentos padronizados para a identificação de sofrimento psíquico.

Conforme destacou Martins^{21,22}, não são muitos os estudos que examinaram a saúde física ou mental dos médicos brasileiros, mas o tema tem merecido crescente atenção na literatura. Segundo este autor²², a insalubridade psicológica inerente ao trabalho médico pode gerar distúrbios psicológicos e psiquiátricos em pessoas mais vulneráveis. O desenvolvimento de novas tecnologias

diagnósticas e terapêuticas, e a influência da indústria farmacêutica e das empresas compradoras de serviços médicos têm modificado consideravelmente a prática da medicina. Tais mudanças repercutem, por exemplo, diminuindo a autonomia e a remuneração, aumentando a demanda de trabalho, modificando o estilo de vida, a relação com pacientes e colegas, e afetando a saúde dos profissionais²³. Assim, apesar das inúmeras gratificações psicológicas e da possibilidade de realização material, intelectual e emocional, a profissão médica costuma ser altamente estressante e ansiogênica²³.

Alguns estudos recentes avaliaram aspectos psicológicos em grupos específicos, como médicos que atuam em serviços de emergência, unidades de terapia intensiva (UTIs) e enfermarias^{4,5}, plantonistas de pronto-socorros pediátricos⁶ ou oncologistas⁷⁻⁹. De modo geral, as condições de trabalho aparecem como importantes preditores de sofrimento psíquico. No estudo de Cabana et al.⁴, apesar de a diferença não ter atingido

significância estatística, a prevalência de transtornos mentais comuns (que incluem sintomas ansiosos, somatoformes e depressivos “menores”) foi maior entre os profissionais que atuavam em serviços de emergência (32%), quando comparados àqueles que trabalhavam em UTIs ou enfermarias (aproximadamente 17%). Além disso, os primeiros apresentaram condições de trabalho menos favoráveis, incluindo maior número de vínculos empregatícios, maior carga horária semanal e sensação de sobrecarga de trabalho, além de menor nível de renda. Na pesquisa de Tironi et al.⁵ a prevalência de síndrome da estafa profissional (*burnout*) entre intensivistas foi de 7,4%, estando fortemente associada com alta demanda psicológica do trabalho, incluindo grande carga horária semanal de plantão, menor idade, menos anos de prática profissional, menor renda, não praticar atividades físicas e não ter hobbies.

Feliciano et al.⁶ identificaram em pesquisa qualitativa conduzida com profissionais de serviços de pronto-socorro infantil sentimentos díspares como cansaço, angústia, medo de cometer erros e revolta pela sobrecarga de trabalho e pela remuneração incompatível com a responsabilidade e o esforço exigidos e, por outro lado, satisfação por gostarem do trabalho e por se sentirem úteis. Por essa razão, os autores concluem que há grande necessidade de ações de promoção de saúde no ambiente de trabalho de profissionais dessa área.

Estudo inglês que avaliou o possível impacto das condições de trabalho na saúde de jovens médicos²⁴ encontrou uma correlação positiva entre a sensação de sobrecarga no trabalho e diversas medidas de longo prazo em relação a desempenho no trabalho, saúde física e mental. Os mesmos autores relataram em outro estudo²⁵ que jovens médicos apresentam diversas queixas de saúde e 30% deles são classificados como “casos positivos” em relação ao ponto de corte para sintomas psiquiátricos. Além disso, muitos apresentam padrões maladaptativos em relação aos cuidados com a própria saúde, como continuar trabalhando quando não estão bem, não tirar licenças de

saúde, automedicar-se, além da tendência a consultar amigos informalmente em vez de agendar consultas regulares. Gardner e Ogden²⁶, estudando clínicos gerais também ingleses, relataram que muitos não fazem consigo mesmo o que recomendam aos seus pacientes. Martins²³ relata o mesmo tipo de postura em nosso meio, em que a dificuldade de buscar um colega profissional na condição de paciente faz com que muitos médicos tendam a se autodiagnosticar e automedicar.

No estudo de Glasberg et al.⁹, níveis moderados ou graves da síndrome de estafa profissional ou “*burnout*” (que envolve exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal) ocorreram em 16% dos médicos cancerologistas estudados. Níveis mais baixos da síndrome associaram-se com: idade mais elevada, união conjugal estável, alguma afiliação religiosa, prática de atividade física e de algum *hobby*, e tempo suficiente de férias. A falta de tempo pessoal foi o principal fator associado à síndrome de “*burnout*” também entre médicos oncologistas⁷. É interessante observar que, no presente estudo, o lazer manteve-se associado à avaliação positiva de saúde mental, mas não de saúde física ou de qualidade de vida.

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas. A primeira delas é a taxa de resposta, uma questão central nos estudos transversais. O percentual de resposta obtido (45%) pode ser considerado satisfatório, uma vez que o esperado em enquetes postais varia de 30 a 40%²⁷, e que nenhuma turma ficou sem representação na amostra. Além disso, mesmo que idealmente uma taxa mais elevada fosse desejável, a taxa obtida foi superior às de estudos similares conduzidos no Brasil, que foram de 25,0% e 32,1%, respectivamente na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto²⁸ e na Universidade Luterana do Brasil²⁹. Acredita-se ainda que o número de óbitos (apenas 2,2%) esteja subestimado. Outro aspecto a ser ressaltado é que o desenho transversal do estudo apenas indica associações entre os indicadores de interesse e possíveis variáveis explicativas, não permitindo conclusões

sobre causalidade. Outra questão é que não se pode descartar a possibilidade de viés de resposta, uma vez que os ex-alunos com melhor autoavaliação da sua saúde física e/ou mental talvez tenham maior probabilidade de participar da enquete. Não foram avaliadas a questão da demanda/controle³⁰ e da especialidade dos sujeitos, que também podem estar associados à saúde e à qualidade de vida³¹. Por fim, neste inquérito não foram utilizados instrumentos padronizados para a avaliação de problemas de saúde, sofrimento psíquico ou qualidade de vida, mas apenas questões diretas sobre estes aspectos, com cinco alternativas de respostas.

Conclusões

Apesar das exigências da prática profissional, aproximadamente 80% dos ex-alunos da FMB-UNESP relataram saúde física ou mental em níveis bons. A associação direta e significativa entre boa saúde física e boa saúde mental reforça a inseparabilidade destes dois aspectos, que devem ser sempre considerados de modo integrado, no planejamento não só de ações curativas, mas também de possíveis ações de promoção de saúde e prevenção do adoecimento entre profissionais médicos. Ressalte-se que os dois aspectos, como duas faces da mesma moeda, associaram-se também significativamente à melhor avaliação de qualidade de vida dos participantes.

Além disso, bons hábitos, como praticar atividades físicas regularmente, ter tempo para lazer e não fumar associaram-se à melhor avaliação de saúde como um todo e deveriam ser incentivados, sempre que

possível. Por outro lado, saúde mental favorável associou-se à satisfação profissional. Considerando-se que a maioria dos médicos ocupa grande parte de seu tempo com atividades profissionais, a satisfação no trabalho – cujos aspectos positivos não podem ser ignorados – parece ter um peso importante no bem-estar emocional dos mesmos.

Em conclusão, este estudo identificou alguns fatores relevantes que se associaram independentemente com cada um dos indicadores avaliados. É fundamental que os profissionais da área médica cuidem adequadamente também de sua própria saúde física e mental, pois estas estão diretamente relacionadas entre si e também com a autoavaliação de qualidade de vida. Para melhor desempenhar a importante tarefa de cuidar da saúde de outras pessoas, é preciso que os médicos atentem também para as suas próprias necessidades.

Agradecimentos

Aos funcionários da Diretoria da FMB André Franco Pagnin e Cristina de Almeida, responsáveis pela organização do material impresso enviado aos egressos e pela distribuição e recebimento dos questionários.

À equipe da Diretoria Técnica Acadêmica da FMB, coordenada pela Sra. Eliane Sako, que colaborou para a obtenção dos endereços dos egressos junto ao CREMESP e CFM.

A Denise M. Zornoff, chefe do Núcleo de Ensino à Distância (NEAD) da FMB, que criou a interface virtual para resposta aos questionários, auxiliando em todas as etapas do processo

Referências

1. Pitta A. *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo: Editora Hucitec; 1990.
2. CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *O trabalho médico no Estado de São Paulo*. 2007. Disponível em http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/mercado_de_trabalho.pdf. [Acessado em outubro de 2010]
3. Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing, and their stress: it's time to be protective about stress and prevent it (editorials). *Brit Med J* 2003; 326: 670.
4. Cabana MCFL, Ludermir AB, Silva ER, Ferreira MLL, Pinto MER. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *J Bras Psiquiatr* 2007; 56(1): 33-40.

5. Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, Reis EJE, Marques Filho ES, Almeida A, et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (burnout) em médicos intensivistas de Salvador *Rev Assoc Med Brasil* 2009; 55(6): 656-62.
6. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o *burnout*. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5(3): 319-28.
7. Whippen DA, Zuckerman EL, Anderson JW. Burnout in the practice of oncology: results of follow-up survey. *J Clin Oncol* 2004; 22(S14): 605-13.
8. Tucunduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB, Centofanti G, Souza CM, Monteiro TA et al. A síndrome de estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Brasil* 2006; 52(2): 108-12.
9. Glasberg J, Horiuti L, Novais MAB, Cavanezzi AZ, Miranda VC, Chicoli FA, et al. Prevalence of burnout syndrome among Brazilian medical oncologists. *Rev Assoc Med Brasil* 2007; 53(1): 85-9.
10. Nascimento-Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Publ* 2006; 22(1): 131-40.
11. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev Assoc Med Brasil* 2010; 56(1): 81-91.
12. Martins LAN. Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. *Bol Psiquiatr* 1990; 23: 9-15.
13. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 10. College Station, Texas: StataCorp LP; 2007.
14. Kleinbaum DG. *Logistic Regression: A self-learning text*. New York: Springer; 1994.
15. Patel V, Araya R, Lima M, Ludermir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 1999; 49: 1461-71.
16. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 4: 13-31.
17. World Health Organization (WHO). *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2005.
18. Horton R. Launching a new movement for mental health. *Lancet* 2007; 4: 1.
19. Uncu Y, Bayram N, Bilgel N. Job related affective well-being among primary health care physicians. *Eur J Publ Health* 2007; 17(5): 514-9.
20. Gouveia VV, Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB. Medindo a satisfação com a vida dos médicos no Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2005; 54(4): 298-305.
21. Martins LA. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Rev Bras Clin Ter* 1991; 20(9): 355-64.
22. Martins LAN. Vicissitudes do exercício da medicina e saúde psicológica do médico. *Arq Bras Endocrinol Metab* 1995; 39(3/4): 188-93.
23. Martins LAN. Saúde mental dos profissionais de saúde. *Rev Bras Med Trab* 2003; 1(1): 56-68.
24. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health – I. How do working conditions affect attitudes, health and performance? *Soc Sci Med* 1997; 45(1): 35-40.
25. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health – II. Health and health behaviours. *Soc Sci Med* 1997; 45(1): 41-4.
26. Gardner M, Ogden J. Do GPs practice what they preach? A questionnaire study of GPs' treatments for themselves and their patients. *Patient Educ Couns* 2005; 56(1): 112-5.
27. Prince M. Cross-sectional surveys. In: Prince M, Steward R, Ford T, Hotopf M. *Practical Psychiatric Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 111-29.
28. Souza GMB, Cruz EMTN, Cordeiro JA. Perfil do egresso da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. *Rev Bras Educ Med* 2002; 26(2): 105-14.
29. Caovilla F, Leitzke L, Menezes HS, Martinez PF. Perfil do médico egresso do Curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (Ulbra). *Rev AMRIGS* 2008; 52(2): 103-9.
30. De Jong J, Dollard MF, Dormann C, Le Blanc PM, Houtman ILD. The Demand-Control Model: specific demands, specific control, and well-defined groups. *Int J Stress Management* 2000; 7(4): 269-87.
31. Braga LC. *Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu, SP* [dissertação de mestrado]. Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu: UNESP; 2007.

Recebido em: 04/05/10

Versão final reapresentada em: 21/10/10

Aprovado em: 16/11/10