



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

A SAÚDE DOS MÉDICOS DO BRASIL

Brasília – DF  
2007

A saúde dos médicos no Brasil. / coordenação de Genário Alves  
Barbosa et alli. – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007.  
220p. ;

ISBN 978-85-87077-13-4

I- Conselho Federal de Medicina. II- Barbosa, Genário Alves,  
**coord.** III- Andrade, Edson de Oliveira, **coord.** IV- Carneiro,  
Mauro Brandão, **coord.** V- Gouveia, Valdiney Veloso, **coord.** 1-  
Médicos – Brasil. 2- Doenças profissionais.

Conselho Federal de Medicina  
SGAS 915, Lote 72  
70390-150 – Brasília , DF  
Fone: (61) 445-5900 – Fax: (61) 3346-0231  
<http://www.portalmedico.org.br>  
e-mail: [cfm@cfm.org.br](mailto:cfm@cfm.org.br)

## **A Saúde dos Médicos do Brasil**

### **Coordenação**

Genário Alves Barbosa  
Edson de Oliveira Andrade  
Mauro Brandão Carneiro  
Valdiney V. Gouveia

### **Equipe Técnica:**

Eliane de Azevedo Barbosa  
Ricardo José Evangelista dos Santos  
Vilma Gomes

### **Projeto Gráfico/Impressão:**

Impressus Gráfica

### **Tiragem:**

10.000 exemplares

Copyright 2007  
Conselho Federal de Medicina



# SUMÁRIO

Lista de Figuras e Tabelas.....	06
Nota Sobre os Autores.....	08
Apresentação.....	11
1. A Profissão Médica e o Ser Médico.....	15
2. Bem-estar e Saúde Mental.....	29
2.1. O Estresse Como Processo de Adoecimento.....	32
2.2. O <i>Burnout</i> Como Síndrome que Acomete os Médicos..	37
2.3. Fadiga, Distúrbios Psiquiátricos e Ideação Suicida.....	43
3. Doenças Orgânicas e Uso de Medicamentos.....	49
4. As Drogas Psicotrópicas.....	57
5. Considerações Metodológicas da Pesquisa Saúde do Médico...	89
6. Informações Sócio-Demográficas dos Médicos.....	103
6.1. Sexo, Faixa Etária e Cor.....	104
6.2. Situação Familiar.....	107
6.3. Sexualidade.....	112
6.4. Religiosidade.....	114
7. Formação Profissional e Mercado de Trabalho.....	119
7.1. Formação Profissional.....	120
7.2. Desemprego e Situação Laboral Atual.....	125
7.3. Efetivo Exercício da Profissão.....	130
7.4. Número de Atividades, Jornada de Trabalho e Renda...	134
7.5. Plantão, Urgência / Emergência e EPIs.....	139
8. Indicadores de Saúde Mental.....	143
8.1. A Síndrome de <i>Burnout</i> Entre os Médicos.....	141
8.2. Sintomas Psiquiátricos.....	147
8.2.1. Evidências de Ansiedade e de Depressão.....	147
8.2.2. A Sensação de Fadiga.....	150
8.2.3. Índícios de Ideação Suicida.....	153
9. Doenças Diagnosticadas e Medicamentos Prescritos.....	158
10. Uso de Drogas Psicotrópicas.....	173
11. O Contexto Atual da Saúde dos Médicos.....	183
12. Ações e Perspectivas de Promoção da Saúde dos Médicos.....	191
Referências.....	201

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

- FIGURA 1. DESCRIÇÃO DA VIA METABÓLICA PRINCIPAL DO ETANOL
- FIGURA 2. DESCRIÇÃO DAS VIAS QUE TRANSFORMAM O ETANOL EM ACETALDEÍDO
- FIGURA 3. DISTRIBUIÇÃO DA FADIGA ENTRE OS MÉDICOS PESQUISADOS
- TABELA 1. HERDABILIDADE DA DEPENDÊNCIA A ALGUMAS DROGAS
- TABELA 2. TEOR ALCOÓLICO EM FUNÇÃO DO TIPO DE BEBIDA
- TABELA 3. USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS NO BRASIL
- TABELA 4. UNIVERSO E AMOSTRA ESTIMADA PARA CADA UNIDADE DA FEDERAÇÃO (UF)
- TABELA 5. PARTICIPAÇÃO DOS MÉDICOS DE CADA UNIDADE DA FEDERAÇÃO (UF)
- TABELA 6. MÉDICOS PARTICIPANTES SEGUNDO SEXO, FAIXA ETÁRIA E COR
- TABELA 7. MÉDICOS PARTICIPANTES SEGUNDO ESTADO CIVIL, SEPARAÇÕES, Nº DE FILHOS E PENSÃO
- TABELA 8. MÉDICOS PARTICIPANTES SEGUNDO DIMINUIÇÃO DA LIBIDO E SATISFAÇÃO COM A VIDA SEXUAL
- TABELA 9. MÉDICOS PARTICIPANTES SEGUNDO A RELIGIÃO QUE ADOTAM E O GRAU DE RELIGIOSIDADE
- TABELA 10. MÉDICOS PARTICIPANTES SEGUNDO A IES ONDE SE GRADUARAM, TEMPO DE FORMADO E ESPECIALIDADE EXERCIDA
- TABELA 11. MÉDICOS PARTICIPANTES SEGUNDO DESEMPREGO, SITUAÇÃO LABORAL E REGIÃO
- TABELA 12. MÉDICOS PARTICIPANTES SEGUNDO LOCAL ONDE ATUAM, ATIVIDADES, CARGA HORÁRIA E RENDA

TABELA 13. CLASSIFICAÇÃO DO BURNOUT ENTRE OS MÉDICOS QUE ATUAM NO BRASIL

TABELA 14. DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS ENTRE OS MÉDICOS

TABELA 15. DISTRIBUIÇÃO DAS PONTUAÇÕES NO FATOR IDEIAÇÃO SUICIDA NEGATIVA

TABELA 16. DISTRIBUIÇÃO DAS PONTUAÇÕES NO FATOR IDEIAÇÃO SUICIDA POSITIVA

TABELA 17. MÉDICOS PORTADORES DE PATOLOGIAS POR GRUPOS DE CAUSAS CONSTANTES DA CID-10

TABELA 18. USO DE MEDICAMENTOS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA POR GRUPOS DE CAUSAS DA CID-10

TABELA 19. DEPENDÊNCIA ENTRE USUÁRIOS NA POPULAÇÃO ESTADUNIDENSE

TABELA 20. DEPENDÊNCIA ENTRE MÉDICOS BRASILEIROS USUÁRIOS

## NOTAS SOBRE OS AUTORES

**EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE.** Presidente do Conselho Federal de Medicina. Conselheiro Federal pelo Amazonas. Professor de Medicina Interna da Universidade Estadual do Amazonas. Mestre em Pneumologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde atualmente cursa Doutorado.

**GENÁRIO ALVES BARBOSA.** Conselheiro Federal pela Paraíba. Coordenador do Centro de Pesquisa e Documentação (CPDOC) do Conselho Federal de Medicina. Professor de Psiquiatria Infantil no Departamento de Medicina Interna da Universidade Federal da Paraíba. Doutor em Psiquiatria Infantil pela Universidade de Sevilla, Espanha. Coordenador da Comissão de Ensino Médico do Conselho Federal de Medicina. Membro da Comissão de Recertificação de Título de Especialista da Associação Médica Brasileira / Conselho Federal de Medicina.

**MAURO CARNEIRO BRANDÃO.** Médico. Especialista em Infectologia. Mestre em Saúde Pública pela ENSP / FIO CRUZ. Médico da Fundação Oswaldo Cruz e da Prefeitura do Rio de Janeiro. Presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, 1989/1992. Conselheiro do CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro) desde 1988. Presidente do CREMERJ por três gestões: 1995/96, 1997-98 e 1998/99. Conselheiro do Conselho Federal de Medicina pelo Rio de Janeiro, 1999-2004.

**MUNIR MASSUD.** Professor da disciplina de Estágio Supervisionado em Medicina Clínica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professor da disciplina de Introdução à Medicina e Bioética da UFRN. Coordenador da Residência Médica e Médico

Pneumologista do Hospital Universitário Onofre Lopes (UFRN). Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica deste mesmo hospital. Preceptor da Residência em Clínica Médica (Pneumologia).

**VALDINEY VELOSO GOUVEIA.** Especialista em Psicometria pela Universidade de Brasília, onde concluiu mestrado em Psicologia Social e da Personalidade. Doutor em Psicologia Social pela Universidade Complutense de Madri. Professor de Técnicas de Exame Psicológico (Graduação) e Métodos de Pesquisa e Técnicas Estatísticas (Mestrado e Doutorado) na Universidade Federal da Paraíba. Coordenador do Doutorado em Psicologia Social desta instituição. Vice-presidente do Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica, 2004-2007. Pesquisador 1C do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.





# APRESENTAÇÃO

Edson de Oliveira Andrade,  
*Presidente Conselho Federal de Medicina*

Os médicos clamam por atenção e respeito. Há mais de uma década, o Conselho Federal de Medicina vem alertando para este aspecto, que pode, em si, comprometer a saúde da população. Inicialmente, apontaram-se as precárias condições de trabalho, com jornadas extenuantes, multiplicidade de atividades, desgaste profissional e redução dos salários (MACHADO, 1996). Em pesquisa mais recente – publicada com o título *O Médico e seu Trabalho* (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004) –, este Conselho foi ainda mais enfático, respaldado por evidências empíricas sobre a realidade laboral dos médicos que exercem o seu ofício no Brasil. Foram realçados os aspectos negativos anteriormente listados, agravando-se sua situação com o estreitamento desenfreado do mercado de trabalho que, brevemente, poderá colapsar com a criação, sem precedentes, de escolas médicas por todo o país. A qualidade do ensino é discutível, com muitas Faculdades funcionando sem oferecer condições adequadas de aprendizado e treinamento profissional, como as viabilizadas pelas Residências Médicas.

Os médicos padecem de estigmas e expectativas sociais. Se por um lado podem ser objeto de adoração e reconhecimento por aqueles que gozam imediatamente de seus benefícios, são cobrados a nunca errar e sempre fazer viver mais ou não deixar morrer ninguém, como se estivesse ao alcance deles o próprio dom da vida. Tratado outrora quase como um membro da família, ascendentes e descendentes sabiam a quem recorrer em momentos difíceis, quando se mesclavam funções diversas, hoje realizadas por especialistas. Em caso de dor de barriga do neonato, acudia-se ao doutor da família; mas também quando não se conseguia dormir, quando o rapazinho quebrava o braço, se o pai cortasse o dedo ou a mãe deixasse de menstruar. O mesmo médico concentrava múltiplas habilidades. Todos da cidade o conheciam e rendiam suas homenagens, fosse convidando-o para padrinho dos filhos ou agraciando-o com uma galinha de capoeira ou

um cabrito bem cevado. Este doutor é cada dia mais uma caricatura, lembrada apenas pelos mais velhos.

Os médicos de hoje em dia precisam viver em uma sociedade de pleno consumo, sendo geralmente obrigados a vender sua força de trabalho a valores não condizentes com sua formação e seu preparo, que demandam cerca de 10 anos (PIMENTEL, ANDRADE e BARBOSA, 2004). A imensa maioria dos gestores públicos massacra continuamente a categoria médica com salários infames, provocando uma evasão sem precedentes de profissionais do Sistema Único de Saúde, principalmente nos grandes centros urbanos. São propositais as tentativas espúrias de substituir o médico por outros profissionais na assistência aos mais carentes, enganando a população. Os concursos públicos não são mais atraentes, e o outrora respeitado *status* de funcionário público é hoje desprezado pelos médicos recém-formados. Espremidos por Planos de Saúde com afãs estritamente financeiros, sem qualquer preocupação com a saúde dos brasileiros, uma população já ofegante, em que a classe média tem sucumbido às demandas de arcar com sua saúde, educação e lazer, as exigências de aperfeiçoamento contínuo e o estrangulamento do mercado de trabalho, estes profissionais já não encontram soluções individuais ao seu alcance.

Embora geralmente por vocação e/ou escolha pessoal, aqueles que se fazem médicos almejam, além da realização profissional e pessoal, melhores ganhos econômicos, mas paradoxalmente são acreditados pela população como “ricos”. Esta expectativa social certamente influencia no momento de os médicos se desdobrarem em múltiplas atividades e plantões, sem com isso ter a segurança de um descanso anual remunerado ou mesmo contar com uma aposentadoria digna, como ocorre com algumas pessoas, a exemplo dos juízes e políticos (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; CARNEIRO e GOUVEIA, 2004).

Não é preciso ir muito longe para constatar que os médicos estão em situação precária. Basta observar como é difícil ter que deixar sua residência em finais de semana e dias festivos, não ter hora nem ocasiões para parar de trabalhar, ver morrer pessoas que precisa cuidar, mas por precariedade das condições, nada poder fazer. Mas, qual a consequência deste contexto laboral adverso? Justamente por já ter reunido conhecimentos sólidos acerca desta realidade (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004; MACHADO, 1996), o Conselho Federal de Medicina, por intermédio de sua Diretoria, recomendou ao seu Centro de Pesquisa e Documentação (CPDOC) que planejasse e levasse a cabo um estudo sobre como os médicos estão sentindo e vivendo seu trabalho e que implicações isso poderia ter sobre sua saúde. Neste caso, considerou-se um conceito amplo, incluindo indicadores psiquiátricos, diagnóstico de doenças orgânicas, uso de substâncias psicotrópicas, entre outros. Esta pesquisa é detalhada aqui, permitindo que a Categoria, as Entidades de Classe e os gestores de Saúde possam refletir a respeito e encontrar alternativas coletivas para os problemas vivenciados pelos médicos.

# CAPÍTULO 1

## A PROFISSÃO MÉDICA E O SER MÉDICO

Munir Massud  
Genário Alves Barbosa

Tem-se como certo, de há muito, que a vocação para a Medicina é um ‘chamado’, do qual os membros não conseguem separar sua vida. Depreende-se desde os textos gregos – oriundos de Cós e Cnide, reunidos na Coleção hipocrática – que, apesar de serem escolas distintas, o comum a todos os autores e a todos os textos

“[...] é seguramente esse humanismo médico que sempre considera o paciente como um indivíduo com direito ao respeito e sempre ressalta as exigências imensas que a arte de curar, tal como um sacerdócio, impõe aos seus melhores curas.” (SALEM, 2002, p. 20).

No dizer de Bennett e Plum (1996, pp. 1-2), “não há profissionais de meio expediente; tendo atendido ao chamado, fica-se obrigado a vivê-lo ou deixá-lo”. É possível que tal ‘chamado’ venha a ocorrer após a escolha inicial, com o passar do tempo, já no exercício da profissão, no encontro com o sofrimento humano e com a grandeza e o privilégio de acudi-lo. Nos espíritos sensíveis esse ‘chamado’ ocorrerá inevitavelmente. Apercebe-se, então, que para o profissional que se tornar médico, significa comprometer-se a passar toda a vida aprendendo, principalmente porque a Medicina avança de modo notável e, para além desse domínio intelectual, o exercício da profissão reclama com veemência o concurso de atributos excepcionais do caráter. Não sendo assim, não existe autêntica Medicina, senão o mero exercício de uma técnica que nunca é guardada na memória nem no coração de qualquer paciente ou de seu praticante que, quando muito, não passa de um curandeiro tecnológico.

Desta forma, sendo a Medicina moderna uma profissão fundada nas ciências genuínas, devem ser os médicos treinados como cientistas, não apenas para poderem exercer corretamente seu ofício, mas para diferenciá-lo de outras práticas oriundas de mera imaginação e que estão a afrontar o saber validado pelo método científico,

carrasco e implacável, porém sistemático, objetivo e pautado em evidências empíricas refutáveis (POPPER, 1974). Quando se diz que a Medicina é uma arte, equivale a dizer:

“[...] a existência de uma técnica adquirida, organizada, eficiente, da qual somente os práticos qualificados são os verdadeiros depositários. Eles tiveram que fazer compreender que a medicina é uma arte, uma *technê*, e não uma prática sem regras, fundada apenas sobre o reclamo, a gritaria, as receitas de charlatães” (SALEM, 2002, p. 19).

Um enorme esforço exige a atitude científica, a mente inquisitiva, a análise de dados, a definição de limites, a postura epistemológica adequada. Assim, a cada instante da sua ação a mente do médico defronta-se com a inquirição que põe em dúvida sua conduta, sua conclusão, mesmo que o assista o rigor do método, dada a enorme complexidade envolvida no exercício do seu mister.

Mas, a atitude científica constitui apenas uma faceta importante da profissão de médico. O objeto de sua ação é o ser humano, a exigir um atributo ímpar de quem o assiste – a sensibilidade, qualidade que torna a interação um ato satisfatório. É inegável o fato de que é imensamente importante para o paciente que o médico se interesse por ele. Assim, para surpresa e decepção de alguns, não basta apenas acudir com rigor técnico. A competência técnica isoladamente não basta, embora seja, evidentemente, parte essencial do processo. Nas doenças crônicas – notadamente, nas doenças de prognóstico ominoso, nas situações de sofrimento intenso –, não basta a esper-teza, a boa técnica, que sempre se mostram insuficientes. Solidariedade e sensibilidade são atributos que ornaram o espírito do médico e tornam suas relações com os pacientes um fenômeno supremo. E não poderia ser diferente, quando o enfermo compartilha com o seu médico os seus pensamentos mais profundos, seus temores e os

seus segredos mais prezados. Assim, exige-se, do ‘médico completo’, o despertar interior dos qualificativos que mais adornam o espírito humano, como a sensibilidade e a compaixão. Evidentemente, tais atributos devem ser expressos de acordo com preceitos da “psicologia médica”, a nortear as atitudes dos médicos frente aos enfermos e suas necessidades peculiares.

De tudo isso se depreende que o profissionalismo médico aspira competência profissional, mas também sinceridade, altruísmo, honra, responsabilidade, integridade e respeito pelos outros (REZENDE, 2003). É indubitável que tais atributos não são alcançados unicamente pelo aprendizado, mas aprimorado por ele; o conjunto de traços psicológicos e morais que caracteriza a individualidade apresenta um cerne inato que pode ser aprimorado, mas que não é, na sua totalidade, produto da cultura. Parece evidente que existe uma capacidade inata de sentir compaixão. Esse entendimento é necessário para a compreensão de que a educação médica não forma o caráter do estudante de Medicina. Compaixão, entrega, sensibilidade e compromisso não são qualidades eminentemente adquiridas. Podem ser despertados e aprimorados, mas não criados pela cultura. O comportamento das pessoas depende de suas experiências dentro da própria cultura, mas o conjunto de suas possibilidades é herdado.

Conscienciosidade é substancialmente, embora não totalmente, um atributo herdado, visto que é a sua carência que define o transtorno de personalidade anti-social, para o qual há mesmo evidência da participação de fatores genéticos em sua etiologia. Como qualificar a indiferença do médico no exercício do seu ofício senão por ausência, deficiência ou morbidez dos sentimentos, apesar da educação que recebeu, dos exemplos que teve, dos sofrimentos dos quais foi testemunha? Disso decorre o fato inevitável de que não se pode esperar que todos os médicos mantenham uma conduta condi-

zente com a majestade do seu mister, componham eles uma amostragem de qualquer grupo ou classe social.

Assinalara Aléxis Carrel (1950, p. 115) que

“[...] a escola não pode contribuir para a salvação da nossa civilização, senão alargando o seu quadro. Importa que ela abandone o seu ponto de vista puramente intelectual, e que os exames deixem de classificar as crianças e os jovens apenas pela memória. [...] Os diplomas de instrução não têm em qualquer consideração o valor real dos candidatos, porque esse valor conta tanto pelo psicológico e moral, quanto pelo intelectual. É necessário que os diplomas atestem não apenas os conhecimentos de ordem intelectual, mas também os resultados morais e psicológicos”.

O que desejava dizer Carrel com *atestar resultados morais*, caso fossem eles meramente produtos do aprendizado? Que as escolas negligenciavam a educação moral e os exemplos de moralidade, permitindo que se deixassem abertas as comportas dos instintos? Parece evidente que até os micróbios necessitam de um meio apropriado para proliferar; mas é igualmente verdade que não surgem micróbios por geração espontânea. Susceptibilidade genética e meio conjugam-se para determinar o fenótipo. Talvez o estímulo quase exclusivo à capacidade de recordar, deduzir, imaginar, descobrir, de arquitetar construções lógicas, tenha ajudado sobremaneira a separar a inteligência do sentimento e a carência de estimulação das atividades não intelectuais do espírito, como a coragem, a audácia, a veracidade, a fidelidade, a abnegação, o heroísmo e o amor. Em tais circunstâncias, as pessoas de boa índole não aprimoram suas potencialidades mais virtuosas, enquanto os psicopatas constantes e circunstanciais encontram terreno propício para o sucesso (MEALEY, 1995).

No Brasil, à semelhança do que constatara Carrel em tempos idos, para ser médico exige-se um enorme esforço cognitivo, de memorização e de raciocínio, mas nenhuma exigência é feita no plano

moral e os diplomas de graduação, conseqüentemente, não atestam resultados morais. Mas, seria justo que se fizesse tal exigência? Quais escolas poderiam fornecer diplomas que atestassem o caráter ilibado dos seus diplomados? A resposta afirmativa só seria possível supondo que a educação operasse o milagre de determinar o caráter. Quais testes válidos e precisos deveriam ser aplicados aos estudantes, quem teria o direito de possuir um dossiê dessa natureza e quem garantiria a sua inviolabilidade? Ademais, numa sociedade democrática, como se deveria proceder, caso se pudesse identificar pessoas com transtornos de personalidade, sem que ainda não tivessem cometido delitos?

Enfim, parece ingênuo crer que o fato de se formarem em Medicina, pela natureza sublime dos desígnios dessa profissão, todos os médicos devam apresentar dotes de caráter condizentes com tais anseios. Embora muito possa ser aprendido, essa crença é romântica e decorre de concepções metafísicas e da idéia absolutamente falaz da mente humana como uma “tábula rasa” e da exclusividade da cultura na formação do caráter. Os concursos vestibulares só exigem memorização e raciocínio. Não existe, pois, qualquer garantia de que todos os aprovados nesses concursos venham a ser susceptíveis à doutrinação moral e ética proporcionada por um curso de Medicina.

Em linha com o comentado previamente, Siqueira (1973) destaca que

“É evidente que a ignorância e a míngua de inteligência arrasam a erros monstruosos, a crimes de toda a espécie, injustiças, perseguições. Mas não se deve esperar muito do valor moral do ensino, pois não possui valor absoluto. [...] Erro supor-se a existência de conexão entre a cultura intelectual e a melhoria moral. A sociedade antes se prejudica, ao desenvolver artificialmente a inteligência, sem levar em conta o caráter. A cultura intelectual aumenta o poder que têm as emoções de manifestar-se e de alca-

ñar satisfação. [...] Também a educação, intensificando a força de todas as emoções, ajuda a predominância das piores, e as disciplinas impostas pelos melhores podem ser mais facilmente infringidas” (p. 103).

Essas observações são fundamentais para que se possam compreender, sem surpreender-se, os desvios comportamentais de alguns médicos e os delitos graves que ocasionalmente cometem.

Alçada à condição da mais sublime das profissões, com exigências técnicas e humanitárias proporcionais a essa soberania, a Medicina é vista como uma profissão sacerdotal. Afinal, a atividade médica diz respeito aos mais apreciados valores humanos. Não há, pois, como subtrair do vulgo o sentimento de que a atividade médica exercida na sua plenitude se compare a um magistério sacerdotal, no sentido de missão elevada, quase divina. Tal caráter é realçado por Bonifácio Costa, citado pelo historiador Pereira Neto (2001), ao ressaltar que a prática médica comporta um caráter de moralidade, de desinteresse, de abnegação e de sacrifício que merece ser identificada a um sacerdócio religioso – e este caráter consagra sua originalidade profissional.

A propósito, acrescenta Eduardo Meireles, citado pelo mesmo historiador antes referido, que quem exercer esta profissão sem polvilhá-la com a eucaristia do altruísmo poderá ser um distribuidor de drogas, mas nunca um verdadeiro médico. Portanto, na construção retórica desses oradores parece evidente que a ação do médico seria comparável à de um sacerdote. Mas, este é também um sentimento popular, das pessoas que compreendem que essa atividade não pode ser exercida sem nobreza de caráter e sem sacrifícios. É por isso que mesmo tendo decorridos tantos séculos de exercício da Medicina, o enfermo sempre se indigna diante do médico que dá escassa atenção ou lhe trata sem a gentileza ou o interesse esperados.

Entretanto, no mundo absolutamente injusto do trabalho, essa concepção sacerdotal é utilizada demagogicamente para a prática escabrosa da exploração do trabalho médico. Se a consagração da profissão, quando exercida na sua completude, acalenta, conforta e enobrece, ela tem constituído igualmente uma condenação, em face da atitude demagógica de algumas autoridades que dela se utilizam. Assim, quando os médicos exercem o direito soberano de reclamar por melhores condições salariais o Poder Público utiliza o sentimento do povo acerca da Medicina como sacerdócio para obrigar os médicos a abdicar das suas atitudes contestatórias. É comum que, nas raras ocasiões em que os médicos entram em greve, fazem-se exaltados apelos à santidade da profissão médica, para alegar que sua destinação suprema deve superar qualquer anseio de ordem material a sonegar-lhe o direito reivindicatório, num reclamo descabido à população para que censure os médicos grevistas. Mera parvoíce, pois se à profissão se atribui caráter tão elevado, é fato que os médicos se alimentam, pagam tributos, criam filhos e que têm de enfrentar Políticas de Saúde terríveis. Desta forma, o decantado sacerdócio médico constitui tanto uma coroa de glória quanto um fardo.

“Falemos claro desde o início: por mais que o trabalho enobreça o homem, tornando-o livre, belo e seguro, ainda assim não se pode dizer que a maioria das pessoas [...] tenha (enquanto trabalha) uma cara alegre” (DE MASI, 1999, p. 31). Quis este autor se referir à insatisfação diante do que chamou infame organização atual do trabalho. De acordo com Carrel (1950, p. 35),

“é fato que o capitalismo conseguiu a expansão econômica do século XIX, um enorme acréscimo da riqueza e uma melhoria geral da saúde e das condições materiais da vida. Mas ao mesmo tempo criou o proletariado. E assim, desapossou os homens da terra, favoreceu o seu amontoamento nas fábricas e em míseras moradias, comprometeu sua saúde física e mental, e dividiu as nações em classes sociais inimigas”.

Em que parcela deste contexto está envolvida a maioria dos médicos? A qual classe pertence a maioria e quais as “inimigas”? Que caras apresentam? Em que isso interfere com suas atitudes, seu comportamento cotidiano ou sua própria saúde física e mental?

Em recente publicação do *Conselho Federal de Medicina – CFM* – (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004), de grande valor informativo acerca do trabalho médico no Brasil, encontra-se relatado que a expressiva maioria dos médicos tem seu sustento obtido exclusivamente do exercício da Medicina. Esclarecedor é o fato de que o setor público constitui a fonte principal de exercício da profissão médica, quando antes, em pesquisa realizada nos anos 1990 (MACHADO, 1996), este lugar era ocupado pelas atividades em consultório. Ressalta ainda a recente publicação do *CFM* que 85% dos médicos neste país exercem duas ou mais atividades em Medicina; os que exercem três ou mais contabilizam 55,4%; e, penosamente, 28,2% exercem quatro ou mais atividades médicas (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004). É evidente que tais números causam profunda consternação, pois revelam a sobrecarga do trabalho médico, demandando esforços sem limites e dedicação mais do que incondicional; expressam uma dependência profunda destes profissionais a um mercado de trabalho aviltante, do qual o SUS é paradigmático pela baixa remuneração, tornando o exercício da profissão no Brasil uma coisa penosa e diminutiva, numa evidente e acachapante contradição com a consideração que se apregoa existir em relação a esse trabalho e à sua importância, da qual ninguém, em sã consciência, pensa em prescindir por um minuto sequer.

Não resta dúvida de que o trabalho médico é enobrecedor por si mesmo e que a maioria dos médicos se sente honrada e satisfeita com a escolha profissional que fez. De acordo com Carneiro e Gouveia (2004), poucos são os médicos que abandonaram a profissão para se dedicar a outras atividades, e escassos são aqueles que têm

fontes de renda além da Medicina. Mas, coaduna-se bem com os dados anteriores o fato preocupante e revelador de 58,4% relatarem que a profissão é desgastante. Esta pesquisa mostrou que a remuneração dos médicos aumentou na última década, mas foi acompanhada pelo aumento da jornada de trabalho, logo... A propósito, cabe ressaltar que a precariedade “salarial” se reflete igualmente nas expectativas destes profissionais, que têm diminuído nos últimos anos. Na pesquisa de 2004 quase metade dos médicos entrevistados afirmou que se contentaria com salários equivalentes a U\$ 4.000,00 (quatro mil dólares). Esta pretensão, longe de se tornar realidade para a maioria dos médicos, muito declinou em relação à pesquisa de 1996. Atualmente 72% dos médicos possuem renda mensal individual igual ou inferior a U\$ 3.000,00 (três mil dólares); pior ainda é que, de tal contingente, 37% ganham U\$ 2.000,00 (dois mil dólares) ou menos.

Quando se comparam tais valores com a importância do trabalho médico, percebe-se a condição deplorável em que pode estar a auto-estima desses profissionais. Finalmente, deve ser salientado que cerca de 52% dos médicos entrevistados na pesquisa recente (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004) exercem atividades de plantonista. Conclui-se, necessariamente, que esta modalidade estafante de trabalho constitui parcela significativa do mercado de trabalho médico no Brasil, com certa variação regional. Na maioria dos Estados brasileiros as condições de assistência à saúde da população dependente do setor público são amplamente deficitárias e, associadas à baixa remuneração, a plantões seguidos em ambientes carentes de recursos tecnológicos imprescindíveis, constituem um ambiente nefasto aos anseios de médicos e pacientes, pondo em risco a saúde de ambos.

O que se depreende desses dados é que para significativa parcela de médicos o trabalho em Medicina constitui a única fonte de poder aquisitivo. Para muitos, o trabalho excessivo certamente não

produz socialização nem identidade, senão isolamento, angústia e aborrecimento. Muitos médicos passam parcela significativa de suas vidas em locais diversos de trabalho, não raro em plantões estafantes, longe da família, privados de divertimentos. Se tal empenho laboral propicia benefícios pecuniários algo compensadores, o que está longe de ocorrer para a maioria dos médicos, constitui apenas uma fonte de satisfação de ordem prática, mas que não se traduz em bem-estar pleno (CSIKSZENTMIHALYI, 1999).

Deve ficar claro que parte substancial da satisfação do médico é obtida quando existem condições adequadas de trabalho; disponibilidade de recursos tecnológicos mínimos para que uma Medicina moderna viável possa ser exercida. É fato consumado que uma satisfação enorme para o médico é o acerto diagnóstico, a instituição da terapêutica adequada e bem-sucedida. Constitui um prazer curar, aliviar, acalmar. Somente no âmbito da psicopatologia se pode conceber que o ato médico, exercido na sua plenitude, não satisfaça, enobreça, exalte, acalente e encha de satisfação o espírito de qualquer médico. Assim, constitui uma imensa fonte de desprazer e de sentimentos de inutilidade e impotência o trabalho incompleto, fragmentado em face da carência de recursos. Essa carência, quase sempre tida como um ato de negligência criminosa dos governos, é coisa devastadora para quem necessita desses recursos para exercer o seu trabalho e, evidentemente, para os enfermos. Trabalhar em tais ambientes, às vezes verdadeiras cafuas, é desalentador e imensamente estressante. Não raro, os Conselhos Regionais de Medicina, em todo o Brasil, denunciam a falta de condições de instituições de saúde vinculadas, freqüentemente, ao Poder Público.

É fato que nem todos os médicos estão incluídos neste contexto, mas é igualmente verdade que não são muitos e, portanto, representam pouco a compreensão geral do trabalho médico no Brasil. Para estes médicos, que têm asseguradas condições materiais muito

satisfatórias, podem restar descontentamentos de índoles diversas, relacionados, ou não, ao trabalho. Mas não é possível uma discussão crítica sobre valores abstratos que propiciam elevação do espírito, transcendência ou mesmo felicidade. O que parece desejável, em um trabalho conjunto dos médicos e de suas instituições representativas, é tentar afastar ou minimizar o estresse que desencadeia ansiedade, inadaptação, descontentamento. O resto constitui uma busca de cada indivíduo.

No mundo capitalista do trabalho o sacerdócio médico só é variável relevante quando pode ser explorado em benefício do lucro ou de intentos políticos demagógicos. É néscio quem imagina que pode corrigir as mazelas da assistência médica com apelos de ordem humanitária ou sobrenatural em um País capitalista, com uma das mais perversas e mal empregadas cargas tributárias e com uma distribuição de renda que divide e desumaniza o território nacional. Nenhum conceito moderno de genética comportamental ou evolucionista ampara esse intento, que se configura sempre como demagógico. Os recursos materiais são fundamentais, e quando eles faltam além de certo limite, qualquer satisfação importante torna-se inviável.

É lícito supor que a situação atual impõe à parcela significativa da população médica brasileira um modo de vida gerador de desconforto psicológico, com conseqüências adversas, não raro graves, para a saúde desses profissionais. Deve ser salientado que o ambiente de competitividade dos concursos vestibulares das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), visto que a maioria dos médicos delas é egressa, é uma poderosa fonte de estresse sobre candidatos ao Curso de Medicina e este, por si só, já constitui um início devastador. Após a conclusão do Curso, também a exigir esforço redobrado, acrescenta-se outro concurso de índole semelhante ao primeiro, para a obtenção de uma Residência Médica ou de Curso de pós-graduação de qualquer natureza. Dessa trajetória é difícil sair indene, em maior ou

menor grau. Após obterem seus intentos de ordem intelectual, caem os esculápios no mercado de trabalho, cujas características foram tão bem demonstradas na pesquisa recente sobre os médicos que exercem seu ofício no Brasil (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004), aqui sumariamente lembrada.

Em resumo, ser médico é dignificante e exige sacrifícios. Receber da população o reconhecimento por seu labor, mas também a cobrança para nunca errar, são apenas dois lados do mesmo desígnio. Anos a fio de estudos e o ideal de cumprir a vocação de amenizar a dor e promover o bem-estar reforçam o desejo de ser médico. Não obstante, os médicos são pessoas, como quaisquer outros profissionais, e exigidos sem condições de trabalho dignas ou em troca de míseros salários obtidos em múltiplas atividades, incluindo os plantões. Estes profissionais reclamam também a sua precária condição de saúde e, nas conversas informais, denunciam o pleno esgotamento e o limite das suas capacidades de suportar a dor, não somente física, mas emocional, e a perda, em sentido amplo (prestígio, status, confiança, etc.). Isso certamente deve ser espelhado no esgotamento laboral que potencializa o surgimento ou a acentuação de quadros nosológicos orgânicos e psiquiátricos. Portanto, demanda-se conhecer mais a fundo estes aspectos, cuja abordagem se intenta no capítulo a seguir.



# CAPÍTULO 2

## BEM-ESTAR E SAÚDE MENTAL

Valdiney V. Gouveia  
Genário Alves Barbosa  
Munir Massud

As culturas nacionais parecem caminhar em direção ao individualismo (HOFSTEDÉ, 1984) e ao pós-materialismo (INGLEHART, 1991). Quando saciadas as necessidades mais básicas, como as fisiológicas e de segurança, têm lugar outras menos materialistas e/ou mais voltadas a garantir ideais humanitários, justiça social, privacidade e qualidade de vida. Embora outrora o salário bastasse para assegurar a satisfação do trabalhador, este já não é suficiente; as horas de descanso, o convívio com a família, o reconhecimento do trabalho e as oportunidades de aprimorar os conhecimentos são igualmente metas valorizadas (RONEN, 1994), que se espera sejam implementadas com o fim de promover o bem-estar dos trabalhadores (MOURA, BORGES e ARGOLO, 2005). Portanto, os bens materiais refletem um tipo parcial de bem-estar, não levando obrigatoriamente à satisfação com a vida, felicidade, otimismo e vitalidade, componentes essenciais do que se denomina de bem-estar subjetivo (CHAVES, 2003; COMPTON e cols., 1996; DIENER, 2000; RYAN e FREDERICK, 1997). O dinheiro ou o sentimento de realização material como metas em si trazem apenas satisfação temporária (CSIKSZENTMIHALYI, 1999; INGLEHART, 1991). Porém, esta é uma concepção mais recente, tendo evoluído a partir dos estudos sobre o bem-estar no fim dos anos 1960 (DIENER, SUH, LUCAS e SMITH, 1999).

Esta preocupação com o bem-estar generalizou-se e passou a despertar o interesse de diversas categorias ocupacionais, entre elas, a dos médicos vem recebendo atenção em diversos países (por exemplo, Canadá, Espanha, Estados Unidos, Nova Zelândia). Há aproximadamente duas décadas tiveram lugar os primeiros debates e as pesquisas sobre o desconforto psicológico (distress) destes profissionais, incluindo depressão e ansiedade, mas também o uso e abuso de substâncias psicotrópicas (SHANAFELT, SLOAN e HABERMANN, 2003). Provavelmente, a *Canadian Medical Association* realizou até então a maior pesquisa nacional cujo foco principal era a

situação precária dos médicos; foram consideradas as respostas de 3.520 profissionais que atuam no Canadá, tendo sido desenhado um perfil nada satisfatório: 62% opinam que têm uma carga de trabalho muito pesada; 55% relatam que sua família e vida pessoal sofrem porque escolheram a Medicina como profissão; e 65%, apesar de insatisfeitos, vêem oportunidades limitadas de mudar de profissão (SULLIVAN e BUSKE, 1998).

O desgaste profissional do médico também se reflete na sua vida pessoal, provavelmente em maior medida do que ocorre em outros ofícios, como o de advogado (LEVINE e BRYANT, 2000). Maxwell (2001) indica que o trabalho do médico afeta suas relações interpessoais devido à falta de tempo, aos estressores acadêmicos, à sobrecarga de trabalho, fadiga e privação de sono. A vulnerabilidade a crises pessoais o leva a sentimentos de solidão, depressão, ansiedade, insônia, problemas com álcool ou drogas psicotrópicas, assim como outras manifestações físicas. Por certo, os fatores psicossociais e a saúde física mantêm forte relação entre si; as doenças, a incapacidade e mesmo a morte podem ser desencadeadas em detrimento do tabagismo, dieta, uso de bebidas alcoólicas e drogas psicotrópicas.

A profissão médica parece mesmo implicar um conjunto “natural” de estressores, com os quais se começa a conviver já como acadêmico (CARLOTTO, NAKAMURA e CÂMARA, 2006; DUTRA, 2005; MIRANDA e QUEIROZ, 1991; PIMENTEL, ANDRADE e BARBOSA, 2004). Ros (2001), contando com uma amostra de 82 médicos do Hospital Geral Universitário de Alicante, Espanha, levantou até 50 possíveis fontes de estresse no contexto hospitalar, tendo sido os oito seguintes os mais estressantes (as pontuações poderiam variar de 0 = *Nada estressante* a 10 = *Extremamente estressante*): as complicações graves do estado do doente [ $M$  (Média) = 7,9], as complicações durante a prescrição do medicamento [ $M$  = 7,4], o excesso de trabalho existente nas urgências [ $M$  = 7,2], ter que tomar decisões sem

critérios claros de atuação [ $M = 7,1$ ], os plantões de fim de semana [ $M = 7,0$ ], ter que atender a um familiar ou um amigo [ $M = 6,9$ ], que a falta de coordenação na assistência intra e extra-hospitalar repercute no paciente [ $M = 6,5$ ] e os dias de plantão [ $M = 6,5$ ]. Nesta mesma direção, Smrdel (2003) observou que entre os médicos da Eslovênia existe um sentimento de culpa, atribuída a sua responsabilidade pelo tratamento e a cura do paciente; quando esta não é bem sucedida, a experiência resultante é de estresse laboral.

Na presente pesquisa, o Conselho Federal de Medicina procurou conhecer inicialmente o quanto este desgaste profissional afeta os médicos brasileiros. Os tópicos a seguir tecem algumas considerações acerca das perguntas abordadas no questionário, envolvendo o estresse, a ansiedade e a depressão e a ideação suicida. Antes, entretanto, parece imprescindível conhecer algo acerca do estresse e da fadiga e mesmo do esgotamento ocupacional, também conhecido como *burnout*. Embora este ainda não faça parte da nosografia médica, parece bastante pertinente tê-lo em conta como a manifestação mais direta das condições de trabalho, cuja implicação deveria ser sentida nos sintomas psiquiátricos anteriormente citados.

## 2.1. O ESTRESSE COMO PROCESSO DE ADOECIMENTO

É inegável que o contexto do trabalho médico é estressante e, portanto, que concorre efetivamente para gênese de distúrbios fisiológicos ou psicológicos. De fato o vocábulo estresse, derivado do inglês *stress*, tensão, é utilizado para significar distúrbio causado por circunstância adversa, tendo sido incorporado à medicina após os trabalhos de Walter Bradford Cannon (1871-1945) e Hans Selye (1907-1982). O termo parece ter sido criado por este último, e dicionarizado em língua portuguesa em 1945 (FERREIRA, 1999;

HOUAISS e VILLAR, 2001). Os conceitos de meio interno e homeostasia, já sobejamente conhecidos, são necessários à compreensão do significado de estresse. A capacidade adaptativa do organismo para a manutenção do seu meio interno é o que Walter B. Cannon popularizou em seu livro *The wisdom of the body* (1932). O termo, no meio médico, é utilizado em acepção mais ampla, como o conjunto de reações do organismo frente a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outras, capazes de perturbar-lhe a homeostasia. Mas a ênfase dada neste capítulo se refere, principalmente, ao estresse laboral. É importante notar o fato, já salientado por Selye (1959), do paradoxo de que os sistemas fisiológicos ativados pelo estresse podiam não somente proteger e restaurar, mas também causar danos ao organismo (ver também MCEWEN, 1998).

Muito se discute acerca dos estressores mais comuns, porém parece evidente que eles variam com a idade e, entre aqueles mais poderosos, citam-se os relacionados ao emprego, no adulto jovem, e à luta para alcançar a estabilidade financeira, na faixa etária mediana. Mais tardiamente, ainda no âmbito laborativo, a aposentadoria pode constituir uma fonte de tensão (MCEWEN, 1998). Outros estressores, evidentemente, podem ser muito relevantes e somam-se a esses em circunstâncias diversas, como conflitos de família, distúrbios conjugais, perdas afetivas etc. Parece muito evidente que as condições inadequadas de trabalho, que incluem ambientes de trabalho impróprios – até por questões de higiene, conforto mínimo e mesmo salubridade –, salários tidos como insuficientes em relação ao valor do trabalho, plantões excessivos, falta de lazer constituem igualmente estressores poderosos que afetam o médico.

As reações em resposta a esses estressores podem ser ansiedade ou depressão, desenvolvimento de sintomas orgânicos, aumento da ingestão de bebidas alcoólicas. As respostas subjetivas incluem medo (repetição do evento ou de sua inevitabilidade), raiva (ante

a frustração), culpa (em razão de atitudes agressivas) e vergonha (incapacidade) (MCEWEN, 1998). O estresse agudo e reativado pode-se manifestar por fadiga, inquietação ou excitação (tensão). As reações podem afetar o sono e causar dificuldade de concentração. Este distúrbio adaptativo em resposta ao estresse é denominado distúrbio de ajustamento, especificado juntamente com o sintoma principal, por exemplo, distúrbio de ajustamento com humor deprimido (MCEWEN, 1998). Tais condições podem ser confundidas com distúrbios ansiosos, afetivos ou de personalidade exacerbados pelo estresse, exigindo diagnóstico diferencial que o conhecimento médico proporciona. Mais difícil é convencer-se de que as manifestações somáticas são de natureza psicogênica, tendo em vista a experiência médica com doenças graves que se manifestam de forma semelhante, passando ao temor de uma enfermidade orgânica grave e, não raro, levando a pessoa a submeter-se a exames diversos. Por outro lado, às vezes cientes ou desconfiados da natureza de sua situação, passam à automedicação ou, mais rara e negligentemente, ao alcoolismo como forma de atenuar o mal-estar psicológico.

O estresse constante, crônico, leva ao que McEwen (1998) denomina de carga alostática. As alterações fisiológicas que se operam diante do estresse, no sentido de manter a homeostase, compreendem respostas dos sistemas endócrino, nervoso autônomo, cardiovascular, metabólico e imunológico, que tendem a proteger o corpo. No entanto, o preço dessa acomodação durante meses ou anos pode resultar em permanência do estado de tensão com a possibilidade de elevação da pressão sangüínea e, conseqüentemente, de infarto do miocárdio em pessoas susceptíveis; e permanência das alterações adaptativas depois da cessação do estresse, como ocorre em algumas pessoas cuja pressão sangüínea não retorna aos níveis anteriores após o estresse agudo.

O exemplo mais eloqüente dos efeitos deletérios do estresse crônico é o que se verifica no sistema cardiovascular. Foi demonstrado que fatores estressores oriundos do ambiente de trabalho aumentam o risco de doença coronariana, elevam a pressão sangüínea, aumentam a massa ventricular esquerda e aceleram a aterosclerose (LYNCH, KAPLAN, COHEN, TOUMILEHTO e SALONEN, 1996). Além disso, o estresse agudo afeta a função do hipocampo e prejudica, embora de maneira reversível, a memória em curto prazo e causa atrofia de dendritos de neurônios piramidais na região CA3 do hipocampo por ação do cortisol, mas que pode ser fatal para esses neurônios no estresse prolongado. Do ponto de vista imunológico, o estresse agudo pode ampliar a hipersensibilidade retardada a antígenos para os quais existe uma memória imunológica. Se a memória imunológica não for um patógeno ou uma célula tumoral, mas sim auto-imune, então o estresse provavelmente exacerbará o estado patológico (LYNCH, KAPLAN, COHEN, TOUMILEHTO e SALONEN, 1996). Quando a carga alostática é aumentada pelo estresse repetido, a resposta é completamente diferente: a hipersensibilidade retardada é substancialmente inibida ao invés de ampliada (LYNCH, KAPLAN, COHEN, TOUMILEHTO e SALONEN, 1996).

Está sobejamente provada a relação entre níveis socioeconômicos e fatores de risco para diversas doenças, notadamente cardiovasculares, em face de estressores (LYNCH, KAPLAN, COHEN, TUOMILEHTO e SALONEN, 1996). Estudos clássicos de Whitehall, citados por Marmot, Smith, Stansfeld, Patel, North, Head, White, Brunner e Feeney (1991), com funcionários públicos na Inglaterra haviam demonstrado aumento da morbidade e mortalidade do mais baixo ao mais alto posto de uma escala de seis graus da administração pública. Uma nova coorte, compreendendo 10.314 funcionários públicos (6900 homens, 3414 mulheres) foi estudada por Marmot e seus colaboradores, confirmando que nos 20 anos que separam os

dois estudos não foi observada nenhuma diminuição na diferença de morbidade entre as classes sociais em relação ao estudo anterior. A hipertensão arterial foi um indicador sensível de estresse no trabalho, bem como as concentrações de fibrinogênio plasmático. Salientam ainda estes autores que durante o colapso social na Rússia, que se seguiu à derrocada do regime socialista, as doenças cardiovasculares contribuíram para 40% da taxa de mortalidade entre as pessoas da população geral deste país.

O que mais parece contar quantitativamente para o estresse é a insatisfação com o exercício profissional. A propósito deste aspecto, Zuger (2004) assinala que resultados de pesquisas sugerem que o nível de satisfação profissional diminuiu substancialmente entre os médicos estadunidenses durante as últimas décadas. Revela ainda que, em 1973, menos que 15% de milhares de médicos em atividade mencionaram alguma dúvida de que tivessem escolhido a profissão correta. Em contraste, pesquisas nos últimos 10 anos mostraram que 30 a 40 por cento dos médicos praticantes não escolheriam a profissão médica se tivessem que decidir novamente, sendo que uma porcentagem inclusive mais alta não encorajaria seus filhos a seguir a carreira médica. Em outra pesquisa, 40% dos médicos afirmaram que não recomendariam a profissão a estudantes qualificados para curso superior. Relata a mesma fonte que médicos de Massachusetts revelaram descontentamento com virtualmente todos os aspectos da prática médica, incluindo renda, carga de trabalho e tempo consumido na realização das atividades.

Fatores acessórios que contribuem para produzir situações geradoras de insatisfação são as denúncias de erro médico, sempre excessivas e, muitas vezes, exploradas pela imprensa de forma sensacionalista. São potencialmente também preponderantes o número excessivo de Faculdades de Medicina e, conseqüentemente, de médicos; as questões trabalhistas relacionadas ao Programa Saúde da

Família, fonte de emprego com melhor remuneração no setor público atualmente, mas absolutamente insatisfatório em relação aos direitos dos profissionais; a exploração indevida do trabalho médico por Planos de Saúde; e as cooperativas médicas que distribuem mal sua arrecadação, com nítido privilégio de empresas médicas. Parece evidente que as diferenças individuais (vinculadas a fatores genéticos, desenvolvimento e experiência) (LYNCH, KAPLAN, COHEN, TOUMI-LEHTO e SALONEN, 1996) explicam a maior ou menor expressividade da ação mórbida desses estressores. No entanto, isso nada justifica, até porque essas diferenças individuais são irrelevantes no contexto geral e não há como determinar antecipadamente quem é mais ou menos resistente ao estresse.

Em resumo, o estresse representa o resultado de um processo de adoecimento, resultado de múltiplos fatores adversos com os quais as pessoas, repetidamente, precisam de se deparar. Não se restringe a uma área específica da vida nem se limita a uma atividade profissional específica. Portanto, trata-se de uma entidade mórbida que emana um conjunto de respostas fisiológicas, afetivas e comportamentais que visam restabelecer a homeostase do corpo enfermo. Um construto correlato a este, mas que tem relação direta com o trabalho é o *burnout*, abordado a seguir.

## 2.2. O *BURNOUT* COMO SÍNDROME QUE ACOMETE OS MÉDICOS

O *burnout* é compreendido consensualmente mais como uma resposta ao estresse laboral crônico, quando as estratégias de enfrentamento falham em manejá-lo satisfatoriamente. Neste sentido, é fundamental ter clara a sua singularidade e diferença em relação a outros construtos. De acordo com Menegaz (2004), o *burnout* tem sempre um caráter negativo, enquanto o *estresse*, por exemplo,

pode ser *negativo* (implica perdas ou acarreta ameaças ao organismo, denominado *distress*) e mesmo *positivo* (possibilita o crescimento, prazer e desenvolvimento emocional e intelectual, chamado *eustress*). Schaufeli e Enzmann (1998) procuram diferenciar o *burnout* do *estresse ocupacional*, indicando que enquanto este resulta de um confronto entre as demandas do trabalho e os recursos adaptativos da pessoa e tende a ser unidimensional, reunindo um padrão consistente de respostas específicas, aquele, necessariamente, sugere a existência de um colapso neste processo de adaptação e compreende um construto multidimensional. Sobre este aspecto, por exemplo, a concepção de *burnout* introduz uma dimensão claramente nova, nunca antes vista nos estudos sobre estresse: a *despersonalização* (TAMAYO, 2002).

O *burnout*, segundo Schaufeli e Enzmann (1998), também se diferencia da Síndrome de Fadiga Crônica. Esta é mais difusa, não estando relacionada com qualquer esfera específica da vida do indivíduo e apresenta sintomas físicos, imunológicos, hormonais, gastrointestinais e neurológicos. Por outro lado, o *burnout*, sua expressão, é tipicamente manifesta por meio de sintomas psicológicos, estando estreitamente relacionado com o trabalho. Destaca-se, ainda, a dimensão social do *burnout*, correspondendo ao tipo de atividade laboral do indivíduo, sua relação com aqueles com os quais têm que trabalhar no seu dia-a-dia (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Não se pode igualmente confundir o *burnout* com a depressão. Enquanto alguém que experimenta o *burnout* percebe o seu trabalho como promotor desta sensação, apresentando sentimentos de desapontamento e tristeza dirigidos ao contexto laboral, aquele com depressão pode não responsabilizar o trabalho especificamente, e o sentimento geralmente vivenciado é de derrota, com uma submissão à letargia (MENEZES, 2004).

O *burnout*, embora não faça parte da nosografia médica, é um construto legítimo e promissor, permitindo apreender as conseqüências do trabalho no âmbito da saúde mental dos profissionais. Este permite atestar as conseqüências de um trabalho desgastante no sentido amplo, não se atendo às precárias condições de trabalho por si, mas considera igualmente as relações entre as pessoas e a possibilidade de desenvolver o potencial profissional de cada um. Não pode, pois, ser confundido com o estresse crônico, o estresse ocupacional ou a depressão. Tem sido particularmente apropriado para refletir o contexto estafante do trabalho daqueles que atuam no campo dos serviços humanos, cuja ocupação requer um relacionamento freqüente, intenso e direto com chefes, subordinados e com aquelas pessoas que são alvo principal do seu mister. Estas, comumente, passam por algum tipo de problema que demanda a assistência e o cuidado intenso destes profissionais. Os médicos parecem incluir-se perfeitamente neste quadro de referência, originalmente descrito por Maslach nos anos 1970 (ver também MENEGAZ, 2004; TAMAYO, 2002).

Quanto à natureza multidimensional deste construto, evidenciada previamente, há consenso de que se compõe de três dimensões ou fatores principais, a saber (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; MENEGAZ, 2004; SCHAUFELI e ENZMANN, 1998; TAMAYO, 2002):

*Exaustão emocional.* Esta é, provavelmente, uma primeira reação ao estresse causado pelas exigências do trabalho ou por alterações acentuadas que venham a comprometer a dinâmica de trabalho do profissional. Também constitui sua dimensão mais nítida (TAMAYO, 2002), aproximando-se dos conceitos de falta de vitalidade (RYAN e FREDERICK, 1997). Uma vez exaustos, os trabalhadores tendem a sentirem-se sobrecarregados física e emocionalmente,

mesmo quando acordam pela manhã. A idéia é de esgotamento ou exaustão da energia e dos recursos emocionais dos trabalhadores.

*Despersonalização.* Como meio de enfrentar a exaustão emocional e os problemas que podem ser correlatos, os trabalhadores passam a apresentar comportamentos negativos, a exemplo de tratar os demais depreciativamente, ter reações distantes e frias em relação ao trabalho, ao seu contexto e aos colegas com quem deveriam conviver harmoniosamente, chegando inclusive a desistir de suas idéias e seus ideais, passando as vezes a ocupar diretamente cargos burocráticos, evitando o contato com os demais que demandam seu serviço e sua atenção. O ceticismo parece tomar conta do espírito destes profissionais e passa a ser característico o contato irônico com aqueles que precisam atender.

*Realização pessoal.* Diz respeito ao aspecto de auto-avaliação do *burnout*, estando associada ao sentimento de incompetência e à percepção de um desempenho insatisfatório no trabalho. O profissional perde a confiança na própria capacidade de desenvolver o seu trabalho e, à medida que isso ocorre, produz desconfiança nos seus colegas e nas pessoas que de seus serviços dependem.

No geral, o *burnout* tem mais em comum com características do ambiente de trabalho do que com fatores individuais, sendo mais freqüente relacioná-lo com percepções ou atitudes frente a aspectos das organizações (TAMAYO, 2002). A este respeito tem sido observado, por exemplo, que a menor percepção de valores de autonomia na empresa produz maior *exaustão emocional*, enquanto a percepção de valores de conservação promove a *realização pessoal* (TAMAYO, 1997). Também existem evidências de que o comprometimento organizacional se correlaciona inversamente com os fatores de *burnout* (BARBOSA, 2001). Tamayo (2002) tomou cada um dos seus fatores como variável critério, demonstrando que aquelas variáveis antecedentes de cunho demográfico (por exemplo, sexo, idade,

escolaridade) nada têm a ver com esta síndrome. Por outro lado, encontrou que a sobrecarga de trabalho potencializa a *exaustão emocional* e a *desumanização* (despersonalização), enquanto os suportes social e material no trabalho tendem a inibi-las.

Em Benevides-Pereira (2002) é possível encontrar uma lista ampla de sintomas próprios daqueles que apresentam *burnout*, podendo ser enquadrados nas três seguintes categoriais (ver também MENEGAZ, 2004):

*Físicos.* Incluem-se nesta categoria sintomas de natureza orgânica e/ou fisiológica, como distúrbios do sono, dores musculares ou osteomusculares, cefaléias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório ou disfunções sexuais.

*Psiquiátricos.* Denominados de psicológicos, incluem os sintomas que dizem respeito aos sentimentos, às emoções e aos atributos cognitivos, a exemplo da falta de atenção e concentração, alterações da memória, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, baixa auto-estima, desânimo, depressão, desconfiança e paranóia.

*Comportamentais.* Compreendem aqueles sintomas que expressam condutas e/ou demandam ações específicas. No caso, podem ser verificados os sintomas de aumento da agressividade, a incapacidade de relaxar, a perda de iniciativa, o aumento do consumo de substâncias psicotrópicas, o suicídio, os comportamentos de risco e a irritabilidade.

Como se percebe, apesar de não estar inserido em manuais ou classificações de doenças, o *burnout* tem implicações orgânicas e psiquiátricas evidentes. Não se constitui, portanto, em uma invenção acadêmica, mas um problema grave que acomete diversos

profissionais cujas práticas se pautam no contato com pessoas (por exemplo, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, policiais, professores, psicólogos) (AMORIM, 2002; BENEVIDES-PEREIRA e MORENO-JOMÉNEZ, 2002; CARLOTTO, 2002; TAMAYO, 2002; VALDIVIA e MÉNDEZ, 2004). A propósito, os nomes recebidos por esta síndrome são bastante reveladores no âmbito da Medicina: *Síndrome do Assistente Desassistido* e *Síndrome do Cuidador Descuidado* (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Neste sentido, o trabalho médico parece ser a própria essência do *burnout*, com fatos específicos que o tornam uma realidade evidente: sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento da atividade profissional, escasso controle do ambiente de trabalho, ambigüidade e incerteza do papel profissional, falta de preparo para lidar com as demandas emocionais de pacientes, falta de autonomia, contato com os pacientes e a gravidade de seus quadros (SCHAU-FELI, 1999; TAMAYO, ARGOLO e BORGES, 2005). Seguramente o leitor reconhece estes elementos como presentes na prática médica.

Benevides-Pereira (2002) descreve pesquisa em que os estudantes de Medicina apresentam limitações em manter uma vida social adequada já no primeiro ano de curso (por exemplo, escassos amigos, falta de oportunidade de lazer) e apresentam sintomas psicossomáticos (por exemplo, depressão, ansiedade), problemas que são duplicados no terceiro ano. Em sua revisão, ela constata que estes estudantes, no transcurso de sua carreira acadêmica, aumentam o uso de substâncias psicotrópicas, especialmente de tranqüilizantes, bem como ressalta a elevada incidência de suicídio, com índice superior ao da população geral. Quanto aos médicos, Tamayo, Argolo e Borges (2005) observaram que, no Rio Grande do Norte, estes foram, entre os profissionais da Saúde (incluíram-se também enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, auxiliares de enfermagem, odontólogos e psicólogos), os que apresentaram maior pontuação

em *despersonalização*, definido como uma atitude fria e distante em relação ao trabalho e às pessoas nele presentes.

Em resumo, embora o *burnout* não possa ser confundido com estresse, fadiga ou depressão, guarda estreita relação com estes construtos e, seguramente, poderá desencadear seus sintomas ou mesmo a ideação suicida naqueles que o vivenciam. Estes últimos construtos são a seguir considerados, de modo que se configure o marco de referência a partir do qual se procura compreender a realidade da saúde dos médicos no Brasil.

## 2.3. FADIGA, DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS E IDEAÇÃO SUICIDA

Embora compreendam construtos com legitimidade, cabendo tratá-los separadamente, reconhece-se aqui que podem pertencer a um mesmo quadro de sintomatologia psiquiátrica. Como ficou evidenciado, os três podem ter potencialmente a mesma origem, correspondendo ao estresse vivenciado no trabalho médico, estando claramente relacionados entre si. Por exemplo, o estresse agudo pode-se manifestar por meio da fadiga, e esta pode resultar em uma sintomatologia depressiva (ANDREA, KANT, BEURSKENS, MESEMAKERS e VAN SCHAYCK, 2003; BÜLTMANN, KANT, KASL, BEURSKENS e VAN DEN BRANDT, 2002). Esta, por sua vez, pode levar a ideações suicidas e mesmo à prática do suicídio (LEVINE e BRYANT, 2000). Cabe, entretanto, com o fim de tornar mais direta a compreensão do leitor, defini-los, segundo a perspectiva adotada neste livro.

Apesar de ser uma palavra amplamente difundida e reconhecida, a *fadiga* é considerada de difícil definição. Por exemplo, enquanto alguns procuram identificar a fonte da fadiga, outros preferem pensá-la desde uma visão comportamental, tratando-a em termos de diminuição de performance (ver CHALDER, BERELOWITZ,

PAELIKOWSKA, WATTS, WESSELY, WRIGHT e WALLACE, 1993). As discussões sobre este aspecto da definição consideram se a fadiga é uma entidade discreta (Síndrome de Fadiga Crônica), um conjunto de sintomas de origem desconhecida ou uma forma específica de desordem psiquiátrica (KANT, BÜLTMANN, SCHRÖRER, BEURSKENS, VAN AMELSVOORT e SWAEN, 2003). No presente livro, assume-se a perspectiva de que a fadiga é um desconforto generalizado, melhor entendido como uma sensação subjetiva negativa com componentes comportamental, cognitivo e emocional. Ela implica um sentimento de cansaço, desprazer pelas atividades que estão sendo realizadas e relutância em seguir fazendo a tarefa; é um fenômeno psicofisiológico geral que diminui a habilidade do indivíduo para realizar uma tarefa particular por alternar seu estado de alerta e vigília, bem como sua motivação (DE VRIES, MICHIELSEN e VAN KECK, 2003).

De acordo com Andrea, Kant, Beurskens, Mesemakers e van Schayck (2003), a fadiga pode ter várias conseqüências desastrosas, tanto para o empregador (por exemplo, custos devidos à perda de produtividade) como para o empregado (por exemplo, redução dos rendimentos, isolamento social). Na população geral, comentam estes autores, a fadiga está relacionada não apenas com uma área ampla de condições somáticas, mas também com problemas de saúde mental, especialmente na forma de depressão e/ou ansiedade. Isso se aplica também à população de trabalhadores. Por sinal, comentam Jansen, van Amelsvoort, Kristensen, van den Brandt e Kant (2003) que a fadiga é influenciada por diversas características do trabalho, como demandas psicológicas, emocionais e físicas dele resultantes. Acrescentam-se ainda a ambigüidade de papéis, o apoio social dos colegas de trabalho e os conflitos com os superiores, as horas de trabalho, as oportunidades de ascensão, a insegurança no trabalho, a satisfação que este proporciona e a própria cultura

organizacional (KANT, BÜLTMANN, SCHRÖER, BEURSKENS, VAN AMELSVOORT e SWAEN, 2003).

Estima-se que 20% dos trabalhadores relatam sintomas que poderiam ser incluídos sob o conceito de fadiga. No entanto, dependendo dos instrumentos usados e do ponto de corte (*cut off*) assumido, as taxas de prevalência podem estar no intervalo de 7% a 45% dos trabalhadores acometidos por esta sintomatologia (DE VRIES, MICHELSEN e VAN KECH, 2003; KANT, BÜLTMANN, SCHRÖER, BEURSKENS, VAN AMELSVOORT e SWAEN, 2003; Van DIJK e SWAEN, 2003). Portanto, parece bastante pertinente considerá-la no momento de tentar compreender a saúde dos médicos, sobretudo quando pensada a partir do seu contexto laboral.

*Distúrbios psiquiátricos* é uma expressão muito geral para se referir a uma sintomatologia que engloba ansiedade e depressão. Na literatura, por vezes, tem sido referido como *distress* ou desconforto psicológico o conjunto destes sintomas (CANO, SPRAFKIN, SCATURO, LANTINGA, FIESE e BRAND, 2001; MONTAZERI, BARADARAN, OMIDVARI, AZIN, EBADI, GARMAROUDI, HARIRCHI e SHARIATI, 2005). Na Austrália as taxas de pacientes que procuram atenção básica em Saúde com sintomas de ansiedade e depressão variam de 6,6% a 36%, dependendo dos critérios adotados para definição de um caso (COMINO, SILOVE, MANICAVASAGAR e HARRIS, 2001). A depressão, especificamente, com ou sem ansiedade, é a forma mais prevalente de distúrbios psiquiátricos em atenção básica à Saúde (THOMPSON, OSTLER, PEVELER, BAKER e KINMONTH, 2001), sendo a segunda maior causa de incapacitação no mundo (GILBODY, WHITTY, GRIMSHAW e THOMAS, 2003).

Não é fácil diferenciar a ansiedade da depressão, haja vista que os sintomas de ambos costumam aparecer concomitantemente em muitos quadros clínicos (AGUDELO, BUELA-CASAL e SPIELBERGER, 2007). Contudo, pode-se empreender um esforço

por tentar diferenciá-los. De acordo com Del Porto (1999), a característica mais típica da depressão é a proeminência dos sentimentos de tristeza e vazio. Muitos indivíduos com depressão relatam igualmente a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral, mas também descrevem um retardo psicomotor. Este autor sugere que se tenha em conta diferentes aspectos para sua conceituação e seu diagnóstico, como o humor (sensação de tristeza, auto-desvalorização e sentimentos de culpa), o fisiológico (perda de sono, perda do apetite) e o comportamental (retraimento social, crises de choro, comportamento suicida, agitação). Por outro lado, segundo Sierra (2003), a ansiedade relaciona-se com a antecipação de perigos futuros, indefensáveis e imprevisíveis; estão presentes sensações de apreensão, irritabilidade e tensão.

Apesar das diferenciações entre os construtos ansiedade e depressão, opta-se no presente livro por considerá-los indistintamente, adotando a prática comum de concebê-los como distúrbios psiquiátricos generalizados. Segundo Tillett (2003), estes têm acometido, principalmente, profissionais da área de Saúde, comprometendo 28% deles, comparando-se com os 18% de outros profissionais ou os 30% de pessoas desempregadas. Acrescenta este mesmo autor que um dos grupos profissionais mais estudados têm sido os médicos, os quais apresentam um aumento na taxa de divórcio, suicídio e, inclusive, uso de drogas psicoativas (ver também AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1995). Por certo, este é um tema que tem preocupado os pesquisadores interessados em conhecer a saúde dos médicos, sobretudo em razão do crescente aumento da taxa de suicídio entre estes profissionais quando comparados com as pessoas da população em geral (HAWTON, CLEMENTS, SAKAROVITCH, SIMKIN e DEEKS, 2001). Frank e Dingle (1999) relatam que o suicídio explica cerca de 35% das mortes prematuras dos médicos nos Estados Unidos; na Finlândia de 22,1% (homens) a 25,9% (mulheres) dos médicos contam

com um histórico de tentativa ou ideação suicida (OLKINUORA, ASP, JUNTUNEN, KAUTTU, STRID e AARIMAA, 1990).

Os dados previamente informados são preocupantes. Contudo, reconhecem-se também as limitações dos dados disponíveis (por exemplo, imprecisão dos atestados de óbito, a dificuldade em diferenciar o suicídio de um mero acidente ou o desejo da família de mascarar o ato suicida; LEVINE e BRYANT, 2000). Neste contexto, em se tratando de traçar um perfil da saúde dos médicos que exercem atualmente a Medicina no Brasil, parece mais favorável falar em ideação ou pensamento suicida. Isso permitirá estimar o potencial risco de os médicos virem a apresentar comportamentos suicidas.

A *ideação suicida* diz respeito a pensamentos, idéias, planejamento ou desejo de se matar (OSMAN, BARRIOS, GUTIERREZ, WRANGHAM, KOPPER, TRUELOVE e LINDEN, 2002; WERLANG, BORGES e FENSTERSEIFER, 2005). Embora não seja o mesmo que o ato suicida, considerado o extremo desta sintomatologia psiquiátrica, considera-se fundamental o estudo da ideação suicida, pois esta é um dos preditores para o risco de suicídio, podendo, inclusive, ser o primeiro passo para a sua consumação (WERLANG, BORGES e FENSTERSEIFER, 2005). Tradicionalmente, têm sido considerados unicamente os fatores de risco da ideação suicida, isto é, a ideação negativa, o pensamento de cometer o ato em si; porém, começa a ser evidente a necessidade de se ter em conta igualmente os fatores de proteção ou propriamente a ideação positiva (OSMAN, BARRIOS, GUTIERREZ, WRANGHAM, KOPPER, TRUELOVE e LINDEN, 2002; OSMAN, GUTIERREZ, JIANDANI, KOPPER, BARRIOS, LINDEN e TRUELOVE, 2003). Esta última dimensão diz respeito a elementos que tornam menos provável que a pessoa venha a cometer suicídio, acentuando sua esperança, seu entusiasmo e seu controle em relação aos eventos de sua vida. Esta é a perspectiva adotada neste livro.

Em resumo, o conjunto destes três construtos oferece uma visão sobre a saúde (enfermidade) mental dos médicos. Claramente, não podem ser tidos como elementos estanques, sem qualquer conexão uns com os outros; são antes complementares, servindo como potenciais indicadores de como pode estar a saúde destes profissionais.

Este capítulo oferece, pois, uma visão geral que permite associar o bem-estar subjetivo – ou propriamente a saúde mental dos médicos – com o seu contexto laboral. Embora seja difícil apreender as conseqüências nefastas do mercado de trabalho e da profissão médica, o construto *burnout*, mesmo não sendo ainda uma nosologia médica, oferece elementos substanciais a partir dos quais se pode estimar o desgaste profissional. Este, por seu lado, pode-se refletir nos distúrbios psiquiátricos antes descritos, possibilitando mapear a situação verdadeira da saúde dos que promovem a saúde da população. Oportunamente, este tema será retomado neste livro, oferecendo resultados concretos da situação destes profissionais no Brasil.

# CAPÍTULO 3

## DOENÇAS ORGÂNICAS E USO DE MEDICAMENTOS

Genário Alves Barbosa  
Munir Massud  
Mauro Brandão Carneiro

Contrariando o imaginário popular, os médicos não são insusceptíveis às doenças prevalentes na população em geral. Necessitam, como todos, de cuidados de saúde, prática de exercícios físicos, alimentação adequada, sono suficiente, enfim, realizar em si tudo o que preconizam para seus pacientes. No entanto, nem sempre conseguem tais intentos em virtude das condições muitas vezes adversas no exercício da profissão. O desgaste resultante de jornadas de trabalho exaustivas não raro leva-os a negligenciar a preservação de sua saúde e pode levar ao adoecimento em proporções até mesmo superiores às das pessoas a quem prestam assistência. Suas atitudes diante de sinais ou sintomas de enfermidades costumam ser, em geral, como as das pessoas em geral, recorrendo ao descanso, à automedicação, à consulta informal com algum amigo médico ou mesmo buscando ajuda especializada em consultório (FORSYTHE, CALNAN e WALL, 1999).

É importante ressaltar como tais fatores estão relacionados. A negligência com a saúde, levando-se em conta todo o conhecimento que o médico tem a respeito das conseqüências dela resultantes, pode estar subordinada às condições precárias existentes para exercer o seu ofício, sejam tais condições de natureza salarial, por trabalho excessivo (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004), ou mesmo devido à deficiência material (por exemplo, escassez de exames, leitos, medicamentos) para atender adequadamente seus pacientes.

Embora não menos importantes do que as doenças de natureza orgânica, os problemas da saúde dos médicos têm sido discutidos, principalmente, em relação ao abuso de substâncias psicoativas e aos distúrbios psiquiátricos, embora se reconheça que contar com um histórico de uma doença particular pode afetar a prática clínica destes profissionais (TÖYRY, RÄSÄNEN, KUJALA, ÄÄRIMAA, JUNTUNEN, KALIMO, LUHTALA, MÄKELÄ, MYLLYMÄKI, SEURI e HUSMAN, 2000). Contudo, as implicações principais podem ser aprecia-

das, sobretudo, em relação ao seu bem-estar geral e o ônus de não poder acudir ao trabalho com regularidade. Lembrando, ao menos no Brasil, é grande o quantitativo dos que são autônomos, atuando em consultórios próprios (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004; MACHADO, 1996).

Em um estudo realizado na Finlândia com uma amostra aleatória de 3.313 médicos com até 66 anos (TÖYRY, RÄSÄNEN, KUJALA, ÄÄRIMAA, JUNTUNEN, KALIMO, LUHTALA, MÄKELÄ, MYLLYMÄKI, SEURI e HUSMAN, 2000), procurou-se conhecer a prevalência de doenças relatadas por estes profissionais. Observaram-se como mais comuns as sete seguintes doenças / sintomatologias (a primeira porcentagem refere-se aos homens e a segunda, às mulheres): dores lombares (21,6%; 18,2%), doenças do aparelho digestivo (18,9%; 15,8%), eczema crônico (14,3%; 14%), hipertensão (14%; 7,8%), distúrbios mentais (6,2%; 7,8%), artrose (6,9%; 5%) e asma (5%; 6,3%). Em cinco destes quadros (hipertensão, distúrbios mentais, eczema crônico, doenças do aparelho digestivo e dores lombares), os médicos apresentam prevalência superior aos trabalhadores empregados da população geral, tanto quando são comparados os homens como as mulheres.

Apesar de ser bastante informativa, não há certeza de que a pesquisa previamente citada tenha tomado como referência o diagnóstico por outro especialista da “doença” mencionada. Portanto, pode-se tratar de um autodiagnóstico. Além disso, nenhuma referência foi feita à *CID-10* (*Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, versão 10*). Isso poderia tornar os resultados mais consistentes, permitindo compará-los com os de outros países. Tendo em conta estas considerações, decidiu-se, neste livro, adotar a *CID-10* como referência, considerando unicamente aquelas doenças que tenham sido diagnosticadas por outro especialista, como ficará evidente mais adiante. Em geral, poder-

se-ia afirmar que as enfermidades que mais acometem os médicos são as mesmas que vitimam a população, ainda que com algumas diferenças na prevalência em função das especificidades que caracterizam o trabalho médico (TÖYRY, RÄSÄNEN, KUJALA, ÄÄRIMAA, JUNTUNEN, KALIMO, LUHTALA, MÄKELÄ, MYLLYMÄKI, SEURI e HUSMAN, 2000). É importante registrar algumas delas, notadamente, as de maior incidência e as eventuais repercussões que possam ter sobre a saúde do médico.

As **doenças infecciosas e parasitárias** são muito comuns no Brasil e corresponderam a 8,5% da morbidade hospitalar do SUS, com predominância entre os nordestinos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Há grande variedade destas enfermidades, algumas delas facilitadas por hábitos inadequados, comportamentos de risco, estresse permanente, trabalho em ambientes insalubres, acidentes ocupacionais; outras podem resultar de acontecimentos circunstancialmente inevitáveis e, em tal contexto, os médicos estão envolvidos, pagando elevado tributo. O contato direto com doentes portadores de doenças infecciosas transmissíveis, associado à necessidade de trabalhos múltiplos e estafantes, aumenta o risco destes agravos entre os médicos, fato que constitui um truísmo, notadamente para as infecções virais do trato respiratório.

As internações por **neoplasias** na população geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) corresponderam a 5,6% entre os diversos grupos de doenças consideradas e constituem a segunda causa de morte no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a), correspondendo a 15,2%. A mortalidade por câncer é maior nas Regiões mais desenvolvidas, tendo a região Sul como líder (18,8%), de acordo com a mesma fonte.

Muitas neoplasias são preveníveis em alguma medida, e o conhecimento sobre a etiopatogenia desse grupo de enfermidades pode explicar a eventual discrepância de acometimento de médicos em re-

lação à população geral. Presumivelmente, as mortes decorrentes de neoplasias do colo do útero, por exemplo, perfeitamente preveníveis, devem ser muito raras ou inexistentes entre a população médica feminina, mas ainda significativa na população geral (18,2% no grupo etário feminino de 30 a 49 anos; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

As **doenças endócrinas e metabólicas** ocupavam o 8º lugar entre as dez principais causas de morte no Brasil em 1980, passando para o 6º lugar em 2000 (Ministério da Saúde, 2004a). A mortalidade por estas doenças foi aproximadamente equivalente nas diversas Regiões do País em 2001, variando de 5,1 a 5,8%, exceto para a região Nordeste, com 7,3%. Este último dado pode estar muito mais relacionado à carência de assistência médica e ao tratamento adequados do que a uma prevalência mais elevada.

O diabetes pertence a este grupo de doenças. Os médicos, apesar do conhecimento que ostentam da doença, são vulneráveis ao seu descontrole. O controle glicêmico, tópico central no manejo do diabetes, efetivado pelo cumprimento de metas glicêmicas que estão associadas à redução do risco de complicações, é muito prejudicado pelo estresse, pelos múltiplos plantões em localidades diversas, por refeições inadequadas. A resposta adaptativa ao estresse afeta de maneira direta e contundente a glicemia e tanto mais em diabéticos. Empregos múltiplos interferem com a terapia não-farmacológica dessa enfermidade, dificultando o controle de peso, os exercícios regulares e um controle mais adequado da pressão arterial. Os ambientes de trabalho nos mais diversos rincões deste país nem de longe oferecem alimentação adequada e muito menos condizente com as necessidades individuais dos plantonistas, que são correntes no Brasil (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004).

Tópico de relevância diz respeito aos **transtornos mentais e comportamentais**, dada a sua prevalência significativa entre os médicos. Os dados do SUS tratam da morbidade hospitalar e, por-

tanto, não se prestam à comparação nessas circunstâncias, pois que se referem a condições excepcionalmente graves para carecerem de internação (2,5%). No entanto, de acordo com Ballone (2000), um consórcio internacional da OMS para a epidemiologia psiquiátrica estudou dados relativos a 30.000 pessoas de sete países: Alemanha, Brasil, Canadá, Estados Unidos, Holanda, México e Turquia. Os pesquisadores constataram que 48% das pessoas estudadas nos Estados Unidos sofreram pelo menos uma doença mental durante sua vida. A taxa passa a ser de 40% na Holanda, 38% na Alemanha, 37% no Canadá, 36% no Brasil, 20% no México e 12% na Turquia. A depressão constitui um problema comum sempre que se realizam estudos de prevalência em todos os países e, no Brasil, estima-se que sua prevalência varie de 3 a 12% na população geral, sendo mais comum em mulheres (FLECK, 2005).

O grupo de enfermidades mais susceptível a correlações com o trabalho médico, já sobejamente salientado anteriormente, é o das **doenças do aparelho circulatório**, que abarca a hipertensão arterial, fator de risco muito relevante para eventos cardiovasculares. A mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Brasil corresponde a 32% de todas as causas de morte, sendo maior nas Regiões mais desenvolvidas, cabendo a liderança à região Sul (33,9%). Da mesma forma, diversas **morbidades gastrintestinais** sofrem a interferência de fatores psicológicos e os acometimentos desse sistema são manifestações de transtornos de somatização com grande frequência e, portanto, susceptíveis a interferências de situações estressantes, como já analisado anteriormente. A *Síndrome do intestino irritável* chega a constituir um modelo biopsicossocial de enfermidade, integrando fatores fisiológicos, psicológicos, comportamentais e ambientais.

As **doenças respiratórias** incluem a asma como doença crônica comum na população geral. A asma é enfermidade inflama-

tória com presumível participação genética em sua gênese e uma das doenças crônicas mais freqüentes em qualquer faixa etária. De acordo com o Ministério da Saúde (2006), ocorrem anualmente 350 mil internações por asma, com gastos que excedem aqueles do diabetes e da hipertensão arterial. Seu controle exige o uso regular de medicamentos preventivos e de certo controle ambiental de aeroalérgenos, nem sempre possível em ambientes de trabalho do médico plantonista brasileiro. A asma pode ser agravada por infecções respiratórias agudas, às quais os médicos estão comumente expostos, e por fatores estressantes, igualmente comuns na atividade médica. A rinite alérgica, associada ou não à asma (atopia), é enfermidade de prevalência elevada na população geral.

Adoecer deveria obrigar o indivíduo a recorrer a auxílio médico para o diagnóstico correto de sua enfermidade e tratamento adequado. O médico é o único profissional qualificado para diagnosticar e tratar uma doença. Mas, e quando o próprio médico adoecer? Estando o Brasil entre os primeiros países do mundo em automedicação, imagina-se que o médico faça seu próprio diagnóstico e institua seu tratamento, por sua conta e risco. Não é bem assim. Neste livro, procurar-se-á no capítulo correspondente saber acerca do uso de medicamentos pelos médicos entrevistados, mas que tenham sido prescritos por outro médico. Se é verdade que muitos praticam indevidamente o “autocuidado”, também o é a prevalência do bom-senso. Ter humildade para procurar ajuda não é sinal de fraqueza ou incompetência, mas simplesmente buscar o melhor para si, reconhecendo ademais o caráter científico do seu mister e a pertinência das diversas especialidades.

A automedicação é condenável, pois além dos riscos inerentes ao uso incorreto de um medicamento, muitas vezes tóxico e com efeitos colaterais que necessitam supervisão médica, pode mascarar ou retardar um diagnóstico agravando a situação do paciente. Do

médico-paciente também se espera este compromisso. Por mais que conheça da doença que o acomete, não é prudente “assumir seu caso” sem o concurso de um colega. Nem o seu, nem de pessoas de sua família, é o que recomenda a boa prática da Medicina. Isso porque o médico-doente jamais terá a isenção necessária para diagnosticar e tratar de si mesmo ou de seus familiares mais próximos. É grande o risco do embotamento da razão pela emoção, fatalmente induzindo-o a minimizar ou superestimar seu diagnóstico.

# CAPÍTULO 4

## AS DROGAS PSICOTRÓPICAS

Munir Massud  
Genário Alves Barbosa  
Valdiney V. Gouveia

Inicialmente deve ser salientado que os termos droga, medicamento, fármaco não devem ser usados com o mesmo significado, pois não são sinônimos. De acordo com a ANVISA, em seu *Glossário de Vigilância Sanitária* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), o termo *droga* deve designar substância ou matéria-prima que tenha finalidade medicamentosa ou sanitária. Depois de certa manipulação, ou de manipulações, as drogas transmudam-se em medicamentos. Entende-se por *fármaco* a substância química que é o princípio ativo do medicamento. *Medicamento* é o produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins diagnósticos. No século XX a palavra *droga* ganhou um novo significado, passando a ser empregada como sinônimo de tóxico. O verbo *drogar* e o seu particípio passado, *drogado*, expressam, respectivamente, o uso de tóxicos e o estado decorrente da ação destes (REZENDE, 2000). Psicotrópico é substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela *Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas*. Na listagem apresentada no presente estudo, incluem-se hormônios esteróides (anabolizantes) que não produzem dependência, além de orexígenos que produzem, em doses elevadas, excitação associada a distúrbios sensoriais.

Neste livro o termo *droga* é utilizado como sinônimo de *substância psicoativa*, pois esses termos são intercambiáveis na *CID-10*, correspondentes aos códigos *F10* a *F19*. Os termos *dependência* e *abuso* de fármaco também serão aqui utilizados. A palavra *drogação*, citada por O'Brien (2006), refere-se ao uso compulsivo de drogas que corresponde ao conjunto da Síndrome de dependência, conforme a define o *DSM-IV*. Dependência de drogas é, pois, sinônimo de *drogação*, o que é referendado pelo celebrado dicionarista Antônio Houaiss ao definir *drogação* como “ato ou efeito de drogar” (HOUAISS e VILLAR, 2001), que pode significar *fazer uso de narcótico, entorpecente ou alucinógeno*.

De acordo com Rang, Dale, Ritter e Moore (2004), a *dependência de drogas* ou *adição* descreve a situação em que seu uso comum assume uma qualidade compulsiva, com prioridade sobre as outras necessidades. O'Brien (2006) remata indicando que é o conjunto de sintomas que indica que o indivíduo continua a usar a substância, apesar dos problemas significativos que o seu consumo acarreta. Os sintomas de tolerância e abstinência estão incluídos na lista de sintomas, mas a tolerância ou os sinais de abstinência não são necessários nem suficientes para firmar o diagnóstico de drogação. O termo *vício* é inadequado e tende a se referir apenas à dependência física. Rang, Dale, Ritter e Moore (2004) utilizam a expressão *abuso de fármacos* ou *abuso de substâncias* para significar qualquer uso recorrente de substâncias que são ilegais ou que causam dano ao indivíduo, incluindo os fármacos no esporte. O uso abusivo pode ser diagnosticado quando a pessoa tem apenas um ou dois dos sintomas de drogação. Os orexígenos referidos nesta obra estão incluídos neste rol.

Os chamados "*fármacos de abuso*" compreendem, como se desprende da listagem apresentada no capítulo *Uso de Drogas Psicotrópicas*, grupos muito díspares de drogas e o que os une é apenas o fato de seus usuários acharem seu efeito agradável e tenderem a repetir o uso.

A *Síndrome de dependência*, de acordo com a *CID-10*, representa o conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física (CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS, 1993).

Tão remotamente quanto se possa retroceder na história da humanidade, cada sociedade tem usado substâncias que alteram o humor, as emoções ou a percepção. No que diz respeito ao álcool ou etanol, assinala O'Brien (2006) que as bebidas alcoólicas estão tão fortemente relacionadas com a sociedade humana, que se afirma que a fermentação foi desenvolvida em paralelo com a civilização. Por outro lado, é fato lamentável que o desenvolvimento da farmacologia tenha sido paralelo ao surgimento de dependência a muitos dos novos medicamentos desenvolvidos com propósitos terapêuticos.

Muitas variáveis operam simultaneamente para influenciar a probabilidade de qualquer pessoa experimentar uma droga ou de tornar-se dependente. O'Brien (2006) organiza essas variáveis em três categorias: o *agente* (droga), o *usuário* e o *ambiente*. As variáveis envolvidas com a droga dizem respeito à disponibilidade, custo, potência e modo de administração. Relativamente ao usuário importa a hereditariedade (tolerância inata, rapidez no desenvolvimento de tolerância adquirida, propensão a comportamento de risco), sintomas psiquiátricos e experiências e/ou expectativas anteriores. Os fatores ambientais abarcam as atitudes da comunidade (influências perniciosas, modelos), disponibilidade de reforços (fontes de prazer ou recreação), oportunidades de emprego ou educacionais, situação social.

As drogas variam na sua capacidade de produzir sensações agradáveis imediatas no usuário. Aquelas que produzem sensações agradáveis intensas (euforia) são mais propensas a serem usadas novamente. *Reforço* (ou *recompensa*) diz respeito à propriedade dessas drogas de produzir efeitos que aumentam a probabilidade de serem usadas novamente. Quanto mais acentuada for essa propriedade maior será a probabilidade de dependência. As propriedades de reforço (recompensa) das drogas estão associadas com a capacidade que elas apresentam para aumentar os níveis de neurotransmissores

em certas áreas do cérebro. A cocaína, anfetamina, etanol, opióides e nicotina aumentam os níveis de dopamina do líquido extracelular do núcleo *accumbens*. O efeito hedônico dessas drogas resulta sempre da ativação dessa via, que é responsável pela dependência positiva e não pelos efeitos negativos da abstinência. Contrariamente, as drogas que inibem a liberação de dopamina na referida Região produzem sensações desagradáveis, ou seja, efeitos disfóricos.

Evidências epidemiológicas demonstram um componente genético na patogênese da dependência de fármacos. Parece não restar dúvidas, assinala O'Brien (2006), de que o alcoolismo está entre as doenças sob influências genéticas e ambientais, em face de evidências oriundas de estudos biológicos e genéticos. Afirmam Rang, Dale, Ritter e Moore (2004) que tais fatores parecem contribuir em até 60% da susceptibilidade individual para a maior parte das formas de abuso de drogas. Mais especificamente, a tabela a seguir oferece a herdabilidade estimada para a dependência ao tabaco, álcool e opióides, além do risco geral de dependência para o uso de qualquer droga, visto existir adicionalmente uma contribuição genética à combinação de álcool, tabaco e outras drogas.

TABELA 1. HERDABILIDADE DA DEPENDÊNCIA A ALGUMAS DROGAS

Substância	Herdabilidade estimada (%)	Linkage	Genes candidatos
Nicotina	60 – 80	Cromossomo 5q próximo ao locus do receptor D1	CYP2A6 Receptor D4 de dopamina Dopamina beta-hidroxilase

Álcool	52 – 63	Cromossomos 4q, 6,1,7,2,11p, 10q.	ALDH2 ADH CYP2E1 GABA <sub>A</sub> , α-6, β-3, γ-2 Receptor D4 da dopamina COMT Receptor A2 da serotonina
Opióides	70	Nenhum identificado	CYP2D6
Risco combinado de dependência em geral	50 – 80	Cromossomos 15, 19q 12-13	Receptor D1 da dopamina Receptor D2 da dopamina Receptor D4 da dopamina MAO A

**Fonte:** World Health Organization (2004).

Existem evidências de relações muito íntimas entre dependência de drogas e outros transtornos psiquiátricos (BRESLAU, 1995; GLASSMAN, HELZER, COVEY, COTTLER, STETNER, TIPP e JOHNSON, 1990; HUGHES, HATSUKAMI, MITCHELL e DAHLGREN, 1986; REGIER, FARMER, RAE, LOCKE, KEITH, JUDD e GOODWIN, 1990). A prevalência de alcoolismo é maior em pessoas com transtornos psiquiátricos do que na população geral e o risco de alcoolismo é 2,3 vezes maior em pessoas com qualquer distúrbio mental e 53% de adictos de drogas também são acometidos por outros distúrbios

mentais (REGIER, FARMER, RAE, LOCKE, KEITH, JUDD e GOODWIN, 1990).

O tabagismo é bem mais comum em pacientes psiquiátricos (26-88%) do que na população geral (20-30%) (BRESLAU, 1995; GLASSMAN, HELZER, COVEY, COTTLER, STETNER, TIPP e JOHNSON, 1990; HUGHES, HATSUKAMI, MITCHELL e DAHLGREN, 1986). Evidências clínicas e epidemiológicas sugerem que existe uma associação entre depressão e alcoolismo, embora não se saiba ao certo qual o evento primário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Questiona-se se a doença mental e a dependência são fenômenos independentes ou se compartilham a mesma patogenia ou, ainda, se a doença mental leva à dependência ou se ocorre o contrário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). É possível que a dependência e os transtornos mentais sejam expressões sintomáticas das mesmas anormalidades neurobiológicas preexistentes ou que a administração repetida de droga conduza a alterações biológicas ou ainda que o uso de droga possa refletir uma tentativa de automedicação a pretender inverter algumas das anormalidades que podem existir antes do uso da droga (*hipótese da automedicação*) (DIXON, 1999; KANTZIAN, 1995; KOSTEN e ZIEDONIS, 1997).

A análise das evidências disponíveis aponta para a existência de um lastro neurobiológico comum para a co-morbidade de transtornos psiquiátricos e dependência de drogas. A ser corroborada, esta vinculação patogênica deverá ter implicações no tratamento mais adequado dessas co-morbidades e na Política de Saúde Pública. Muitos pacientes com dependência de droga – refratários às intervenções terapêuticas – podem-se comportar assim porque a abstinência provoca piora dos seus sintomas psiquiátricos. Tratamento farmacológico e terapias comportamentais para pacientes com distúrbios mentais facilitarão a abstinência ou a redução do uso de

drogas, melhorando muito o prognóstico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

## TABACO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, caso a exposição mundial ao tabaco não se reduza o número de fumantes em 2030 será de 1,6 bilhões e o número de mortes por ano atribuídas ao tabagismo será de 10 milhões, ocorrendo a maioria dessas mortes (70%) em países menos desenvolvidos. Atualmente, o tabaco é um dos principais responsáveis por uma em cada oito mortes e um em cada três adolescentes fumantes morrerá precocemente devido ao tabagismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b). Estima-se que a prevalência mundial de fumantes se situa em cerca de 18% da população adulta (RANG, DALE, RITTER e MOORE, 2004).

Achutti e Menezes (2001) assinalam que, de acordo com dados da OPAS, 32 mil mortes / ano no Brasil ocorrerão por causas vinculadas ao tabagismo e apontam para uma prevalência de 39,9% de tabagismo entre os homens e de 25,4% entre as mulheres. Quando se consideram adultos maiores de 20 anos de idade, a prevalência chega a 40%, ou seja, 33,6% da população geral. Informações mais preocupantes são apresentadas por Dol e Peto (1981). Estes autores apontam as proporções de mortes por câncer atribuídas a vários fatores de risco; enquanto a estimativa para o tabaco foi de 30 (faixas estimativas de 25-40), para produtos industriais foi menor que 1 (faixas estimativas <1-2). Isso reafirma a importância do fumo como agente cancerígeno e o coloca no topo dos fatores de risco: o mais conhecido, o mais acatado e o mais importante fator de risco em carcinogênese humana.

Enquanto 90% da incidência de câncer de pulmão podem ser atribuídos a fumar cigarros, somente 10 a 15% de todos os cânce-

res do pulmão ocorrem entre não-fumantes (SCHWARTZ, 2004). A evidência resultante associa causalmente o câncer do pulmão com o tabagismo Ativo e passivo, com vários agentes ocupacionais e com a poluição do ar tanto em recinto fechado como ao ar livre. No mundo inteiro, o tabagismo ativo é a causa predominante de câncer do pulmão. Com poucas exceções, a maioria dos casos de câncer do pulmão em várias regiões ao redor do mundo ocorre em fumantes (SAMET, 2004). O risco de câncer do pulmão diminui após a pessoa deixar de fumar, mas não durante os primeiros 5 anos, e o risco relativo nunca retorna àquele de um não-fumante.

Outra enfermidade associada ao tabagismo é a *DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)*. A fumaça do cigarro é indubitavelmente o fator de risco mais importante para essa doença, contribuindo para a sua gênese bem mais do que tem sido comumente reconhecido, estimando-se agora que cerca de 50% dos fumantes de longa duração desenvolvam a doença (CHAPMAN, MANNINO, SORIANO, VERMEIRE, BUIST, THUN, CONNELL, JEMAL, LEE, MIRAVITLLES, ALDINGTON e BEASLEY, 2006).

O tabagismo, primeiramente, e o alcoolismo são os dois fatores de risco mais importantes para o câncer de laringe, havendo sinergismo entre ambos (MENEZES, HORTA, OLIVEIRA, KAUFMANN, DUQUIA, DINIZ, MOTTA, CENTENO, ESTANISLAU e GOMES, 2002). Muitos estudos evidenciaram que o consumo do tabaco está associado a outras doenças além daquelas relacionadas ao aparelho respiratório. De acordo com as informações do Ministério da Saúde (2004b), atribui-se ao tabagismo 25% das mortes causadas por doença coronariana; 30% das mortes decorrentes de outros tipos de câncer (de boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo de útero); 25% das doenças vasculares (entre elas, a hemorragia cerebral). Ademais, relaciona-se o tabagismo à impotência sexual e a complicações da gravidez.

De acordo com a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004), foi observada uma influência genética de cerca de 60% sobre a probabilidade de uma pessoa tornar-se fumante (iniciação) e de 70% para continuar a fumar (persistência). A iniciação é separada do desenvolvimento de dependência à nicotina. Uma vez que a pessoa tenha começado a fumar, os fatores genéticos determinam em larga escala (86%) a quantidade que é fumada. Um estudo em adolescentes demonstrou uma herdabilidade de cerca de 80% para a susceptibilidade de vir a fumar ao longo da vida e para o tabagismo atual. O ganho de peso após a cessação do tabagismo também é influenciado geneticamente.

Durante muitos anos os meios de comunicação de massa foram pródigos em ajudar a disseminar o uso do tabaco. Fumar cigarros foi coisa incentivada da maneira mais convincente, associada a situações prazerosas variadas. Fumavam heróis, galãs, elegantes cavalheiros, grandes amantes, atletas, valentes caubóis. Fumar foi associado a prazeres, aventuras, atos de bravura e era mostrado como coisa corriqueira, comum, elegante. Fumavam pais e, conseqüentemente, filhos. Fumar era tido como exaltação da masculinidade. O cinema e a televisão prestaram um grande serviço à indústria do tabaco, para grande infelicidade da humanidade. Evidentemente, muitos dependentes de nicotina foram *seleccionados* como conseqüência de tal modismo.

De acordo com Delfino (2002), enquanto a propaganda corria ostensivamente até o final do século XX, no início da década de 1920, Fahr suspeitou que o tabaco fosse causa importante de câncer de pulmão. Em 1927, Tylecote apresentou evidências que corroboravam os achados de FAHR. Posteriormente, em 1939, Ochsner e DeBakey reconheceram a relação direta entre a incidência de câncer de pulmão e a ascensão do tabagismo. No início dos anos 1950, o *British Doctor's Study* confirmou o risco elevado de morte por câncer

de pulmão associado ao tabagismo de qualquer causa, com ênfase no cigarro. Uma relação etiológica clara já era, portanto, conhecida há cerca de 56 anos e suspeitada há 86 anos. No entanto, até recentemente, apenas de maneira tímida e quase inócua, a população passou a tomar conhecimento dos malefícios do tabagismo. Como a propaganda sobre tabagismo foi proibida no Brasil, espera-se que o tabagismo decline, embora restem outros fatores de incentivo.

A dependência de tabaco está vinculada à presença de nicotina. Estima-se que a quantidade dessa substância absorvida em média de um cigarro seja 0,8 a 1,5 mg, o que produz um nível sérico de 100 a 200 nmol/L. Em nível celular, a nicotina interage com receptores nicotínicos da acetilcolina (subtipo  $\alpha 4 \beta 2$ ), que estão amplamente distribuídos no cérebro e possivelmente relacionados com a cognição. É interessante que a administração crônica de nicotina leva ao aumento do número de receptores da acetilcolina. Os efeitos periféricos da nicotina estão relacionados à estimulação dos gânglios autônomos e dos receptores sensoriais periféricos, principalmente no coração e nos pulmões. A estimulação desses receptores produz respostas reflexas autônomas, causando taquicardia, aumento do débito cardíaco e da pressão arterial, redução da motilidade gastrintestinal e sudorese. Todos esses efeitos diminuem com a repetição da dose. A secreção de adrenalina e noradrenalina pelas adrenais contribui para os efeitos cardiovasculares e a liberação do hormônio antidiurético da hipófise posterior. A estimulação simpática também estimula a elevação plasmática de ácidos graxos livres. Os fumantes pesam, em média, 4 kg a menos do que os não-fumantes, possivelmente por causa da ingestão reduzida de alimentos. O abandono do tabagismo promove geralmente ganho ponderal (RANG, DALE, RITTER e MOORE, 2004).

O estado global de dependência recebe a contribuição de três processos correlatos: tolerância, dependência física e dependência psíquica. O efeito de viciar depende exclusivamente da nicotina,

que causa excitação da via mesolímbica e liberação aumentada de dopamina no núcleo *accumbens*. Ocorre Síndrome de abstinência em seres humanos que fazem uso regular de nicotina, caracterizada por irritabilidade aumentada, desempenho prejudicado de tarefas psicomotoras, agressividade e distúrbios do sono. Esta síndrome dura em média 2 a 3 semanas, embora o desejo pelos cigarros persista por muito mais tempo. Interessante é que as recaídas ocorrem quando a Síndrome de abstinência física já cessou há muito tempo.

Fumar não causa geralmente malefícios significativos em curto prazo, notadamente na idade em que é mais freqüente que se inicie a fumar cigarros. Decorrido algum tempo, em face do grande poder de viciar da nicotina, o jovem vê-se dependente desta substância. Diante o prazer obtido, a ausência de reações agudas importantes, a licenciosidade própria da juventude, adia o jovem, quando conhecedor dos malefícios do cigarro, a tentativa de abandonar o vício. Conta-se que Sigmund Freud tentou deixar de fumar durante 45 anos, sem sucesso, vindo a falecer das conseqüências de um câncer da cavidade oral. O estresse, os poucos prazeres a serem desfrutados em face de um exercício profissional profundamente egoísta, as preocupações constantes, tornam o tabagismo uma fonte importante e rara de satisfação, o que faz com que o fumante adie ainda mais as tentativas de abandoná-lo e dificulte o seu abandono. É possível que os médicos que fumam possam estar incluídos neste cenário. Sabe-se que maioria dos fumantes na atualidade gostaria de abandonar o vício, mas somente poucos conseguem. E isso torna a dependência de nicotina um problema médico, nos dois sentidos que esta expressão encerra.

É necessário ressaltar que muitos adictos de nicotina, porque não procuram ou porque não lhes é dada a devida atenção, não têm recebido ajuda médica para deixar de fumar. Dados oriundos dos Estados Unidos (1993) indicaram que 70% dos fumantes desejavam parar de fumar, mas apenas 2 a 5% conseguiam abandonar

definitivamente a cada ano (ACHUTTI, ROSITO e ACHUTTI, 2005). Foi demonstrado neste estudo que somente metade recebia alguma orientação de seus médicos. Em 1999, somente 15% dos fumantes daquele país haviam recebido ajuda para deixar de fumar. Isso demonstra que os médicos em geral ainda não assumiram definitivamente o seu papel na luta contra o tabagismo, embora a dependência de nicotina seja principalmente uma responsabilidade do médico. Outra conclusão a que se pode chegar com esses dados é a de que o impacto das exortações religiosas contra o tabagismo e mesmo da propaganda antitabagismo é pequeno, tornando-se necessária a intervenção médica mais efetiva.

Em trabalho de revisão, Martin, Cataldo Neto e Chatkin (2003) corroboram com essa opinião afirmando que o combate ao tabagismo ainda não faz parte da rotina de atendimento de médicos e do treinamento de estudantes de Medicina na maioria das escolas médicas do Brasil e de muitos países, atribuindo como causa dessa carência a falta de atualização nos avanços da luta contra o tabagismo por parte dos médicos, com a resultante escassez de confiança para tratar o assunto com seus pacientes; destacam ainda a pouca informação repassada aos estudantes de medicina e a carência de treinamento específico. Assinalam, finalmente, que a situação é agravada pelo número significativo de médicos que fumam. Assim, depreende-se destes argumentos, o ensino incisivo sobre tabagismo nas escolas de Medicina é um passo decisivo para que o médico venha a assumir o lugar de liderança que lhe cabe na luta contra o tabagismo.

O *Guia Nacional de Prevenção e Tratamento do Tabagismo* (ACHUTTI, 2001) indica que o comportamento esperado dos profissionais de Saúde em relação ao tabagismo, entre outras responsabilidades, é a de “não fumar e dar exemplo pessoal”. A atitude dos médicos em relação aos seus colegas que fumam deve ser esclarecedora e nunca de crítica exacerbada e humilhante, até porque a moralidade

em nada diz respeito à dependência de nicotina. Essa atitude deve ser necessariamente acompanhada do interesse em ajudar, seja para indicar o especialista que poderá abordar clinicamente o problema, seja oferecendo tratamento atualizado caso se sinta competente para tal. Está estabelecido que mesmo uma mínima intervenção médica, como simplesmente alertar de maneira gentil e interessada o fumante, produz taxas de cessação de 5% a 10% por ano, como salientara Achutti, Louzada e Rosito (1996).

## ÁLCOOL

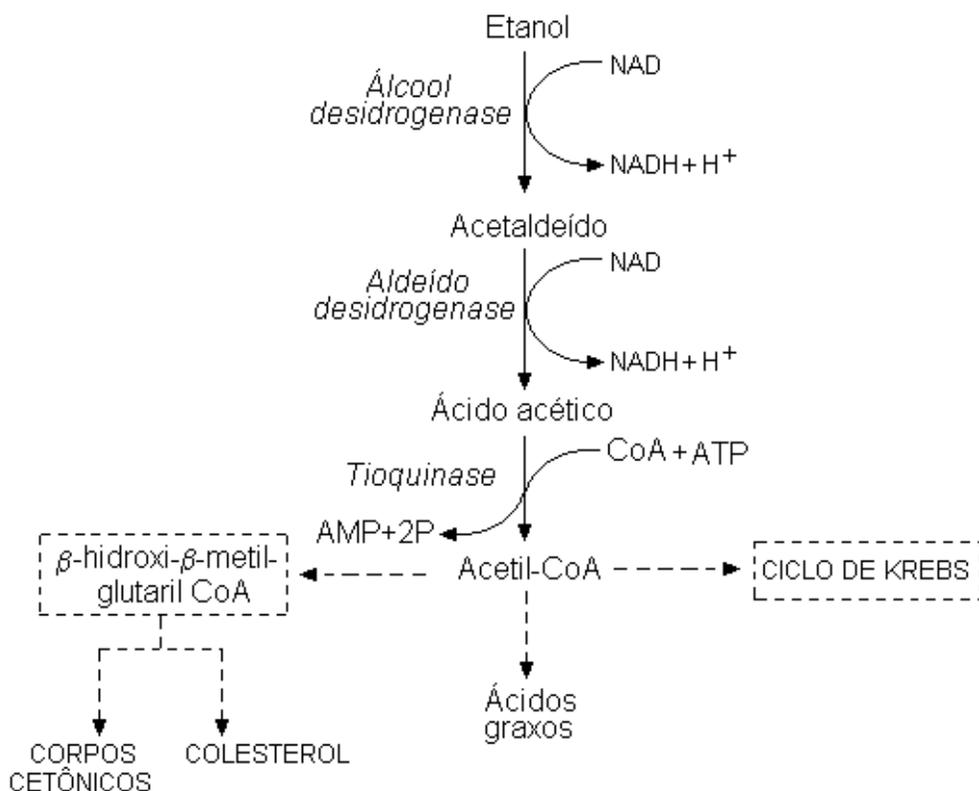
No estudo realizado pelo INCA / Secretaria de Atenção à Saúde (MINISTÉRIO Da SAÚDE, 2004b), a prevalência de consumo atual de bebida alcoólica, nas 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, variou de 32,4% a 58,6%. Estas taxas são menores do que as européias e semelhantes às encontradas na América Latina, como Colômbia (59,8%), Costa Rica (40,3%), República Dominicana (55,0%), Jamaica (32,0%), México (54,0%) e Panamá (54,2%). Cerca de 70% dos adultos nos Estados Unidos consomem álcool eventualmente, e 5 a 10% dos homens e 3 a 5% das mulheres são dependentes desta substância (O'Brien, 2006). Os resultados obtidos da população dessas capitais brasileiras englobaram consumidores eventuais e dependentes de álcool, visto que o inquérito se referiu ao consumo de pelo menos uma dose de álcool nos últimos 30 dias. Ademais, classificou-se como de risco o consumo diário médio acima das recomendações da Organização Mundial da Saúde, ou seja, mais de duas doses padronizadas de bebidas para homens e mais de uma dose padronizada para mulheres, por dia. É possível que o que se definiu no inquérito como 'consumo de risco' corresponda aos dependentes de etanol ou os abarque na maioria.

A influência da herança genética sobre o alcoolismo depende do critério diagnóstico usado, variando, em geral, de 53% a 63% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Deve ser lembrado que também existe um componente genético na sensibilidade apresentada por algumas pessoas aos efeitos do álcool, o que pode levar à aversão ao uso de bebidas alcoólicas. O etanol é metabolizado a aldeído acético (90 a 98%) que, por sua vez, é metabolizado a ácido acético, antes de ser excretado (FLEMING, MIHIC e HARRIS, 2006). A enzima mitocondrial aldeído desidrogenase (ALDH) é a responsável primariamente pela transformação de acetaldeído em acetato (ver adiante). Assim, a deficiência de ALDH induz uma resposta aversiva ao álcool em virtude dos níveis séricos elevados de acetaldeído, devido ao aumento da intensidade dos sintomas da *ressaca* e ao aparecimento da chamada *sensibilidade ao álcool*. O gene que codifica para a ALDH foi localizado no braço curto do cromossomo 4 em europeus e asiáticos. Os sintomas de sensibilidade ao álcool são: vasodilatação, aumento da temperatura corporal, sensação de calor, rubor facial, aumento das frequências cardíaca e respiratória, diminuição da pressão arterial, broncoconstrição, náuseas e cefaléia, euforia e reações aversivas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Os efeitos do etanol variam muito entre as pessoas e para isto concorrem também as diferenças genéticas nas enzimas envolvidas no seu metabolismo. A figura abaixo, adaptada de Fleming, Mihice e Harris (2006) mostra a via metabólica principal do etanol, que corresponde à cerca de 90 a 95% do ácido acético excretado.

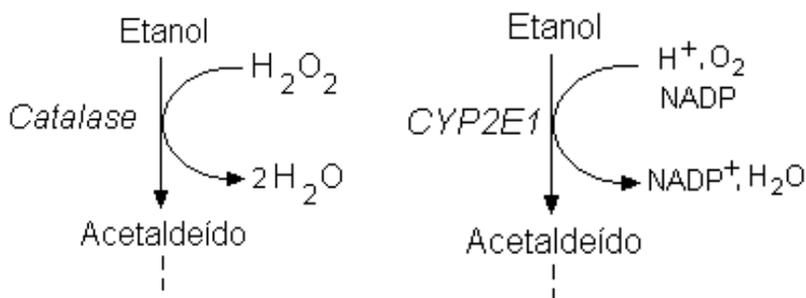
FIGURA 1. DESCRIÇÃO DA VIA METABÓLICA PRINCIPAL DO ETANOL

### METABOLISMO DO ETANOL



Existem ainda as vias da catalase e da enzima do citocromo P450 hepático, a CYP2E1, que transformam o etanol em acetaldeído, conforme a Figura 2 a seguir (FLEMING, MIHICE e HARRIS, 2006).

FIGURA 2. DESCRIÇÃO DAS VIAS QUE TRANSFORMAM O ETANOL EM ACETALDEÍDO



Considera-se como uma dose padronizada meia garrafa ou uma lata de cerveja, um cálice de vinho ou uma dose de bebidas destiladas (aguardente, uísque, etc.). O conteúdo de etanol de diversas bebidas varia de 2,5% para a cerveja fraca a 55% para as bebidas alcoólicas fortes. Não é incomum que, numa reunião, se consumam 1 a 2 moles de etanol. Na prática, a ingestão de etanol é medida em unidades. Uma unidade é equivalente a 8g de etanol, que é a quantidade contida em cerca de 600 ml de uma cerveja forte. A recomendação oficial é a de que não sejam consumidas mais que 21 unidades por semana para homens e 14 unidades para mulheres, ou seja, 168g e 112g, respectivamente (RANG, DALE, RITTER e MOORE, 2004). A tabela abaixo apresenta o teor alcoólico médio, medida padronizada e unidades de álcool para um drinque-padrão de vinho, cerveja e destilados, de acordo com Marques e Ribeiro, adaptado por Soibelman e Luz Jr (2004).

TABELA 2. TEOR ALCOÓLICO EM FUNÇÃO DO TIPO DE BEBIDA

Tipo de bebida	Concentração alcoólica (%)	Medida (ml)	Volume de álcool (g)	Unidades
<b>Vinho</b>	12	1 cálice (90)	11	<b>1,1</b>
<b>Cerveja</b>	5	1 lata (350)	17	<b>1,7</b>
<b>Destilados</b>	40	1 dose (35)	20	<b>2,0</b>

Em nível celular, o efeito do etanol é exclusivamente depressivo. O aumento da atividade de certos impulsos do *SNC (Sistema Nervoso Central)*, principalmente em áreas vinculadas à recompensa, deve-se a desinibição. Ao que parece, o etanol aumenta a atividade inibidora dos receptores GAMA-A e reduz a atividade excitatória dos receptores de glutamato. Essas duas ações estão provavelmente envolvidas com o efeito sedativo do etanol e o déficit de memória comum na intoxicação aguda. É também acatado que a ação do etanol sobre os receptores GABA-A é responsável também pelos fenômenos de dependência e tolerância, além de diversas ações comportamentais como incoordenação motora, ansiólise e sedação. O efeito de reforço produzido pelo etanol está relacionado com a liberação de dopamina no núcleo accumbens e na área tegmentar ventral, por estimulação do sistema GABA ou estimulação de opióides endógenos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

A intoxicação aguda inclui fala arrastada, incoordenação motora, autoconfiança aumentada e euforia. As alterações do humor são variáveis, e a maioria das pessoas volta-se mais a ser tagarela e mais gastadora; outras tornam-se melancólicas e mais reservadas. Em nível mais elevado de intoxicação, o humor torna-se lábil, com euforia e melancolia, agressão e submissão, comumente ocorrendo de modo sucessivo. Ocorre diminuição do desempenho intelectual, motor e da discriminação sensorial, tornando a pessoa incapaz de julgar essas deficiências por elas próprias (RANG, DALE, RITTER e MOORE, 2004).

Bebedores habituais desenvolvem tolerância tecidual ao etanol e a administração crônica tende a produzir danos neurológicos irreversíveis, seja pelo próprio etanol ou pelos seus metabólitos, ou ainda pela deficiência de tiamina. Demência e aumento dos ventrículos cerebrais são encontrados em bebedores crônicos, além de degeneração cerebelar e em outras partes do cérebro e neuropatia peri-

férica. Associado a tranqüilizantes, benzodiazepinas, antipsicóticos e opiáceos o etanol, pode ser potencializado em níveis perigosos.

Adicionalmente, o etanol produz vasodilatação cutânea, que é responsável pela sensação de calor; aumenta a secreção salivar e gástrica; em doses elevadas pode produzir gastrite crônica; aumenta a liberação de hormônios esteróides pelas adrenais ao aumentar a secreção do hormônio adrenocorticotrófico; aumenta a diurese pela inibição da liberação de *ADH*; inibe a secreção de ocitocina, que pode causar retardo do parto a termo; impotência sexual e sinais de feminilização em face da síntese prejudicada dos esteróides testiculares e aceleração, por indução de enzimas hepáticas, da inativação da testosterona.

Os efeitos sobre o fígado são deveras sérios. A esteatose inicial progride para a hepatite e, eventualmente, para a necrose e fibrose. A hipertensão resultante desvia o sangue portal e formam-se varizes esofágicas que podem sangrar. A desnutrição contribui para a lesão hepática. Uma garrafa de uísque fornece cerca de 2.000 kcal, mas sem micronutrientes.

É fato que beber moderadamente parece reduzir a doença coronariana. Cerca de 30% (10 a 40%) da redução da mortalidade é alcançada com 3 a 4 unidades / dia (FLEMING, MIHIC e HARRIS, 2006). A curva de mortalidade por doença coronariana e uso de álcool tem um formato em *J* (jota), como demonstraram Gronbaek, Deis, Sorensen, Becker, Borch-Johnsen, Müller, Schnohr e Jensen (1994). A redução da mortalidade foi primeiramente evidenciada na França onde a ingestão dietética de gorduras saturadas é grande e a incidência de cardiopatia coronariana é relativamente baixa, fenômeno que passou a ser conhecido como o “paradoxo francês”. O benefício inequívoco com o uso moderado do álcool só é observado em indivíduos de alto risco de ambos os sexos e em pacientes susceptíveis a infarto agudo do miocárdio. A menor redução do risco de

morte foi observada entre 1 a 6 doses por semana, com cada dose equivalendo a 9 a 13g. O risco relativo de morte devido à ingestão de álcool não aumentou significativamente até a ingestão de 42-69 doses por semana.

As evidências sugerem que este efeito protetor se deve ao etanol e, não, a qualquer outro componente presente nas bebidas, como no vinho, por exemplo. Provavelmente isto ocorre pelo aumento do *HDL* que se dá em algumas semanas. O *HDL-Colesterol* liga-se ao colesterol e retorna ao fígado para eliminação ou reprocessamento, reduzindo, assim, os níveis teciduais de colesterol. Os níveis das duas sub-frações de *HDL* (*HDL2* e *HDL3*) aumentam com a ingestão de álcool. Além disso, o etanol inibe a agregação plaquetária em concentrações próximas ao consumo normal (10 a 20 mmol / dia). Esse efeito deve-se à inibição da formação de ácido araquidônico e sua importância clínica não está ainda bem estabelecida. Finalmente, os flavonóides presentes no vinho tinto (e no suco de uva vermelha) parecem impedir danos oxidativos à molécula de *LDH* que, oxidada, participa de várias etapas da aterogênese. Mais ainda, o consumo de álcool aumenta os níveis do plasminogênio tecidual que promove a desintegração enzimática dos trombos.

Apesar desses efeitos benéficos que podem reduzir a probabilidade de eventos coronarianos, alerta O'Brien (2006) que

“[...] os médicos não devem aconselhar pacientes que não bebem a ingerir quantidades moderadas de etanol, pois não se dispõe até o momento de experiência clínica randomizada para avaliar a efetividade do consumo diário de etanol na redução da incidência de cardiopatia coronariana e das taxas de mortalidade e, por esse motivo, os médicos não devem recomendar a ingestão de álcool unicamente para evitar doenças cardíacas. Muitos abstêmios evitam o álcool porque têm história familiar de alcoolismo ou por outras razões de saúde e seria imprudente sugerir que eles comessem a beber” (p. 527).

Deve-se considerar, pois, que a recomendação da ingestão de bebida alcoólica encerra o risco potencial de selecionar pessoas susceptíveis a abusos, inclusive dependência, além de existirem outros meios igualmente efetivos de prevenir doenças coronarianas.

O consumo excessivo na gravidez causa desenvolvimento fetal prejudicado, baixa estatura, desenvolvimento anormal da face e outras anormalidades físicas, além de retardo mental. O etanol produz tolerância, dependência física e psicológica (RANG, DALE, RITTER e MOORE, 2004). O risco de suicídio entre dependentes de álcool é um dos mais elevados de qualquer categoria diagnóstica (O'BRIEN, 2006). O álcool é citado como responsável por 100.000 mortes por ano nos Estados Unidos e cerca de 14 milhões de estadunidenses podem ser considerados em uso abusivo de álcool ou alcoolismo. Infelizmente, a maioria dos dependentes de etanol só procura cuidados médicos quando já existe doença avançada e complicada por outras enfermidades e pouco há a fazer.

Dados do *National Institute of Mental Health – Epidemiologic Catchment Area*, citados por Soibelman e Luz Jr (2004), indicam que 45% das pessoas que apresentam problemas com o uso de etanol apresentam também um transtorno psiquiátrico associado (ver adiante). Outros transtornos mentais decorrentes do uso do álcool são a paranóia alcoólica, o transtorno psicótico predominantemente alucinatório e o predominantemente polimórfico, e a Síndrome amnésica resultante de deficiência grave de tiamina.

De acordo com Rang, Dale, Ritter e Moore (2004), a dependência ao álcool atinge 4 a 5% da população, sendo muito difícil tratar de maneira eficaz. A ajuda farmacológica é realizada pela administração de medicamentos para aliviar a Síndrome de abstinência (benzodiazepinas, clonidina, propranolol); para tornar o consumo de álcool desagradável (dissulfiram); para reduzir a recompensa (re-

forço) induzida pelo álcool (naltrexona) e para reduzir a compulsão (acamprosato).

O inquérito domiciliar antes referido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b) demonstrou que os maiores percentuais de bebedores atuais foram encontrados nas regiões Sul e Sudeste, correspondendo, os menores, às regiões Norte e Nordeste. O maior consumo foi observado na faixa etária de 25 e 49 anos. Na maioria das capitais o consumo maior também mais comum foi entre as pessoas com maior nível de escolaridade, embora em algumas capitais essa diferença não tenha sido significativa.

A ingestão ocasional de álcool, que na presente obra é definida como uso esporádico em reuniões sociais, festas, finais de semana etc., parece preocupar pelos riscos de intoxicação aguda e dos seus efeitos cognitivos e sensoriais sobre o comportamento. A maioria dos consumidores de bebidas alcoólicas que apresentam problemas pode ser enquadrada em alguns subgrupos (SOIBELMAN.e LUZ JR (2004). Um deles, o de *uso excessivo*, é definido pela *CID-10* como capaz de produzir danos reais, físicos (por exemplo, hepatite alcoólica) ou mentais (por exemplo, depressão seguida da ingestão excessiva), excluída a intoxicação aguda, isoladamente.

A *Síndrome de dependência*, também definida pela *CID-10*, ocorre quando o uso de etanol alcança uma prioridade maior que os comportamentos que antes tinham maior valor; compulsão para o consumo; dificuldade para controlar o comportamento de consumir bebidas alcoólicas, em termos de início, término ou quantidade consumida; uso de bebidas alcoólicas com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência; abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso do etanol; evidência de tolerância; persistência no uso do álcool, mesmo sabendo das suas conseqüências nocivas (NOGUEIRA, 2002).

Outro subgrupo é dos *bebedores excessivos*, cujo consumo de álcool ultrapassa os critérios da OMS, considerados seguros, que correspondem a 21 unidades para homens e 14 unidades para as mulheres, sendo cada unidade igual a 10g de álcool. Além disso, considera-se outro subgrupo, definido também pela quantidade de álcool consumido. As pessoas aí incluídas bebem esporadicamente, porém de maneira excessiva, entendendo-se por isso a ingestão em uma única ocasião superior à metade do número recomendado de 10 unidades para homens e 7 para mulheres. Por fim, há os *abusadores de álcool*, que não sendo enquadrados nos outros subgrupos, apresentam problemas familiares, profissionais e / ou condutas de risco, que estão associadas ao uso de etanol.

É possível que alguns médicos que ingerem bebidas alcoólicas desconheçam essa classificação e, inadvertidamente, podem estar nela incluídos. O diagnóstico final de problemas relacionados ao consumo de álcool pode exigir aprofundamento, no entanto, um questionário simplificado, denominado *CAGE* (da sigla inglesa formada pelas iniciais de *cutdown, annoyed, guilty, eye-opner*), tem sido utilizado como teste de triagem, selecionando potenciais pacientes com abuso de álcool (GOUVEIA, VASCONCELOS e JESUS, 1999).

## TRANQUILIZANTES E SEDATIVOS

A classificação dos medicamentos psicotrópicos apresentada pela *Organização Mundial da Saúde* em 1967 usa o termo *tranqüilizante menor* (causam sono e reduzem a ansiedade) como sinônimo de ansiolíticos e sedativos, e – como *tranqüilizantes maiores* – os antipsicóticos. Assim, o termo abarca uma ampla variedade de medicamentos.

A tolerância ao efeito sobre a ansiedade pode-se desenvolver, porém o faz muito lentamente, no caso do seu aparecimento,

mas não está claro se é significativa. No entanto, os hipnóticos desenvolvem tolerância muito rapidamente e doses maiores são requeridas para a obtenção do mesmo nível de efeito. O potencial para abuso é baixo. Elas são geralmente usadas por suas propriedades intoxicantes e liberadora da inibição (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

A dependência pode ocorrer mesmo em doses terapêuticas administradas por tempo prolongado (semanas ou meses), sendo mais comum entre as pessoas que tomam álcool e abusam de drogas. Evidentemente, esses medicamentos devem ser evitados nessas situações. A interrupção súbita causa Síndrome de abstinência e, por isso, recomenda-se a redução gradual de 5% a 10% ou menos ao dia por 14 dias. A interrupção abrupta com benzodiazepinas de ação ultracurta causa sintomas de abstinência também mais abruptos. O *triazolam*, por exemplo, não mais disponível, provocava sintomas de abstinência em poucas horas mesmo após uma única dose. A dependência psicológica é mais comum e pode ocorrer com qualquer dose, mas as formas graves não são comuns (RANG, DALE, RITTER e MOORE, 2004). Embora tenham sido muito utilizados, estão sendo preteridos na atualidade em favor dos antidepressivos.

Esses fármacos constituem recurso terapêutico valioso como ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos. Podem ser usados na suspensão da ingestão de álcool, em crises epiléticas, como medicação pré-anestésica, no tratamento da espasticidade, do mioclono noturno e nos espasmos musculares esqueléticos localizados (KOROLKOVAS e FRANÇA, 2001). O uso desses medicamentos com propósitos médicos podem levar, ou não, à dependência. Os problemas, no entanto, parecem estar relacionados ao uso não-médico de benzodiazepínicos por adictos de várias drogas ou o seu uso crônico por alguns pacientes. Esses problemas incluem déficit de memória, risco de acidentes, fraturas de quadril em idosos, Síndrome de abstinência, dano cere-

bral e aumento da sedação quando combinados com álcool ou outras drogas (o que pode levar ao coma, hiperdosagem e morte) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Os barbitúricos são usados principalmente em anestesia e no tratamento da epilepsia, não sendo mais recomendados como agentes ansiolíticos. O fenobarbital, o mais conhecido e utilizado dos barbitúricos em clínica médica, está indicado para tratamento das crises tônico-clônicas generalizadas, estado de mal epilético e hiperbilirrubinemia em recém-nascidos. É fato que os barbitúricos induzem um alto grau de tolerância e dependência e são potentes indutores da *P450*, de modo a causar intensas interações de medicamentos (RANG, DALE, RITTER e MOORE, 2004).

## ESTERÓIDES ANABOLIZANTES

Os agentes anabólicos correspondem aos androgênios naturais quimicamente modificados utilizados para estimular a hematopoese em certas anemias hipoplásticas refratárias, na terapia de reposição na insuficiência testicular e como agentes anabólicos como parte do tratamento do câncer de próstata e na hipertrofia prostática benigna (KOROLKOVAS e FRANÇA, 2001; RANG, DALE, RITTER e MOORE, 2004).

Os androgênios que foram modificados para aumentar seus efeitos anabólicos são ditos *esteróides anabólicos*, embora todos o sejam em certa medida. Esses esteróides são utilizados para aumentar o desempenho atlético, combinado com treinamento. Com doses semanais de 600 mg de testosterona, ocorre aumento da massa magra e do tamanho dos músculos. Acontece, porém, que os usuários desses medicamentos tomam doses que chegam a mais de 25 vezes a dose terapêutica, aumentando muito a possibilidade de efeitos adversos, como infertilidade, edema, possivelmente risco aumentado

de carcinoma hepático, acne e masculinização de mulheres, atrofia testicular, esterilidade, ginecomastia, inibição da ovulação, hirsutismo, engrossamento da voz, alopecia. Foi relatado aumento da agressividade e aparecimento de sintomas psicóticos. Em ambos os sexos, constatou-se também que aumenta o risco de coronariopatia. Existe registro de morte súbita em atletas jovens que provavelmente tomavam anabolizantes. Os esteróides anabolizantes comercializados no Brasil são nandrolona e oximetolona.

## OREXÍGENOS

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (2005), o uso de orexígenos (substância ou droga que estimula o apetite) entre a população geral, determinada em inquérito domiciliar, foi de 4,3%. O uso é mais comum entre as mulheres e na faixa etária entre 25 e 34 anos (5,9%). Esses medicamentos não são considerados psicotrópicos e, portanto, sua venda não sofre restrições legais.

A buclizina e a ciproeptadina são os orexígenos mais usados e de maior disponibilidade comercial. A ciproeptadina é anti-histamínico *H1* com estrutura semelhante aos fenotiazínicos. Apresenta também atividade anti-serotoninérgica, tendo sido usada por isso na Síndrome carcinóide, além de fraca atividade colinérgica. Formalmente, a ciproeptadina está indicada no prurido das reações alérgicas, tratamento da rinite alérgica, tratamento da urticária fria, tratamento da Doença de Cushing e da Síndrome de Nelson, na enxaqueca das crianças e como antidiarréico na Síndrome carcinóide.

Nas doses convencionais a ciproeptadina produz sedação e sonolência e em doses excessivas em crianças podem provocar alucinações, depressão do *SNC*, convulsões e morte (KOROLKOVAS e FRANÇA, 2001). Informa o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

Psicotrópicas (2005) que esse medicamento pode ser utilizado com a finalidade de “sentir barato”. Essa sensação estaria vinculada a doses muito elevadas e ao aparecimento de excitação e distúrbios sensoriais. A buclizina, usada formalmente como antiemético, é derivada da piperazina e pode provocar sonolência, visão borrada, nervosismo, inquietação, insônia, além de outros sintomas.

## OPIÓIDES

Chama-se opióide qualquer substância, endógena ou sintética, que produza efeitos semelhantes ao da morfina, que são bloqueados por antagonistas como a naloxona (RANG, DALE, RITTER e MOORE, 2004) ou, como definem Gutstein e Akil (2006), são todos os compostos relacionados com o ópio. O termo opiáceo é restrito aos medicamentos sintéticos semelhantes à morfina com estruturas não-peptídicas. Os medicamentos analgésicos opióides incluem os derivados do fenantreno parecidos com a morfina e os sintéticos, diferentes da morfina, mas com efeitos semelhantes. Os principais representantes do primeiro grupo são a heroína e a codeína, além da nalorfina e levalorfano; do segundo grupo, petidina, fentanila, fármacos semelhantes à metadona, benzomorfanos (pentazocina) e derivados da tebaína (buprenorfina) (RANG, DALE, RITTER e MOORE, 2004). Endorfina é termo sinônimo de peptídeos opióides endógenos e também da  $\beta$ -endorfina (GUTSTEIN e AKIL, 2006).

A morfina é típica de muitos analgésicos opióides e aqui será tomada como referência. Os efeitos dessa substância sobre o SNC compreendem analgesia, euforia, depressão respiratória, depressão do reflexo da tosse, náusea e vômito e constrição pupilar. Ao que parece a euforia é o efeito desejado, o “barato” buscado com esse fármaco nos casos de uso não-terapêutico. De fato, a morfina causa contentamento e bem-estar intenso. Esse efeito é mais pronunciado

quando a pessoa se sente angustiada. A codeína já não causa este efeito, ao menos de forma pronunciada. A nalorfina, em dose analgésica, pode produzir disforia. A tolerância aos opióides desenvolve-se rapidamente. A dependência física está associada com a Síndrome de abstinência e a dependência psicológica expressa-se como compulsão pelo medicamento, que dura meses ou anos (GUTSTEIN e AKIL, 2006; RANG, DALE, RITTER e MOORE, 2004).

A codeína é menos propensa a causar dependência física ou psicológica. Tem somente cerca de 20% ou menos da potência analgésica da morfina e seu efeito analgésico não aumenta muito com doses mais elevadas. É um excelente antitussígeno. É muito utilizada como analgésico oral, associada, ou não, ao paracetamol, para tipos moderados de dor. Causa pouca ou nenhuma euforia e raramente causa dependência, de modo que sua prescrição é muito comum. No Brasil é dispensada sob prescrição médica (RANG, DALE, RITTER e MOORE, 2004).

O dextropropoxifeno é analgésico semelhante à codeína e pensava-se que não causava dependência, o que se provou falso. A petidina produz efeito euforizante e pode produzir também dependência. Como a codeína associada ao paracetamol é analgésico de maior potência do que cada um deles isoladamente – além de seus efeitos sobre a motilidade gastrointestinal –, são muito usados com esse fim. Além disso, seu efeito sedativo sobre a tosse é excelente e seu uso para tal fim já foi muito comum (GUTSTEIN e AKIL, 2006; RANG, DALE, RITTER e MOORE, 2004).

## ANTICOLINÉRGICOS

O uso de anticolinérgicos de maneira eventual e sem prescrição médica é absolutamente aceitável, em face do seu efeito espasmolítico, exceto se mesmo ocasionalmente é feito com objetivos não-tera-

pêuticos. O mais comum dos anticolinérgicos usados em terapêutica é a escopolamina. Com doses elevadas ela pode causar uma sensação de bem-estar. Relata-se a possibilidade de reações psicóticas agudas, mais comuns em crianças e idosos.

Uma solanácea denominada *Datura suaveolens*, popularmente conhecida como “saia branca” (ou também erva-do-diabo, trombeta, trombeta-de-anjo, beladona, figueira-do-inferno, aguadeira, zabumba) apresenta efeitos da beladona (atropínicos), anticolinérgicos, que lhe confere as pretendidas propriedades psicotrópicas. Chás dessa planta são preparados com propriedades alucinógenas (visuais mais que auditivas), além de confusão mental e agitação psicomotora. Para chegar a esses efeitos muitos outros, bastante desagradáveis, são sentidos.

## MACONHA

Os canabinóides estão entre as substâncias psicoativas mais usadas no Brasil, perdendo apenas para o álcool e o tabaco, de acordo com levantamento de Carlini, Galduróz, Noto e Nappo (2002), concluindo-se que, entre as drogas ilícitas é a mais usada. Os efeitos comportamentais da maconha incluem redução da percepção de tempo, sensação de relaxamento e de atividade sensorial exacerbada. A percepção de autoconfiança e de criatividade aumentada é ilusória, pois não é acompanhada de melhor performance. A memória recente é prejudicada, bem como a coordenação motora. Ocorre aumento do apetite que, se satisfeito, “corta o barato”, segundo alguns usuários. Os receptores de canabinóides e seus ligantes endógenos constituem o “sistema endocanabinóide”. Os canabinóides de ocorrência natural e seus análogos sintéticos atuam como agonistas dos receptores canabinóides. O receptor canabinóide CB-1 é altamente expressado no SNC, e o receptor CB-2 está presente principalmente nos tecidos

periféricos, ao nível do sistema imune. Três ligantes endógenos dos receptores canabinóides foram identificados e ao menos dois deles são derivados do ácido araquidônico. A tolerância desenvolve-se à maioria dos efeitos dos canabinóides, mas é incerto que exista uma Síndrome de abstinência, raramente relatada. O'Brian (2006) refere-se aos seguintes componentes da Síndrome de abstinência de maconha, observada em condições experimentais *in anima nobili*: inquietude, irritabilidade, agitação branda, insônia, alterações no ECG durante o sono, náuseas e cólicas. É provável que a vida média longa dos canabinóides previnam os quadros agudos e à procura por serviços de emergência. Não existem evidências de efeitos neurotóxicos irreversíveis que foram anteriormente atribuídos ao uso prolongado de canabinóides, nem há evidências concretas acerca de uma possível “Síndrome da perda de motivação”. Há relatos clínicos de que pacientes com histórico de esquizofrenia podem sofrer recidiva com o uso da maconha (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

## MDMA (ECSTASY)

O ecstasy é a 3,4-metilenedioximetamfetamina (MDMA), ou seja, uma anfetamina sintética, conhecida por outras designações populares como XTC, E, Adão, MDM ou “droga do amor”. Apresenta propriedades estimulantes e psicodélicas (que produz efeitos alucinógenos). A idéia de que essa droga favorecia o autoconhecimento e o discernimento foi, segundo O'Brian (2006), causa maior para a sua popularização nos câmpus universitários americanos. Seu uso provoca sensação de vigor, percepção alterada do tempo e experiências sensoriais agradáveis. No entanto, ocorrem também: taquicardia, xerostomia, contratura maxilar e dores musculares. Em doses elevadas pode ocorrer hipertermia, agitação, pânico e alucinações visuais. Cerca de 100 ou 200 mg podem produzir efeitos que duram de 3 a 6

horas. O pico de nível sérico ocorre após 2 horas após administração oral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Experimentos em ratos indicam neurotoxicidade. Embora isso não tenha sido demonstrado em seres humanos, níveis baixos de metabólitos da serotonina foram obtidos no LCR de usuários de MDMA e de MDA, indicando a possibilidade de neurotoxicidade. *Não existe qualquer evidência de que os benefícios do ecstasy realmente ocorram* (O'BRIAN, 2006).

Carlini, Galduróz, Noto e Nappo (2002) publicaram um levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, considerando as 107 maiores cidades deste país em 2001. Participaram 8.589 pessoas, escolhidas aleatoriamente. Os resultados principais desta pesquisa são resumidos na Tabela 3 a seguir.

TABELA 3. USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS NO BRASIL

DROGAS	PORCENTAGEM DE USO DE DROGAS		
	Uso na Vida	Uno no Ano	Uso no Mês
QUALQUER DROGA	19,4	4,6	2,5
ÁLCOOL	68,7	49,8	35,3
TABACO	41,1	20,1	29,3
MACONHA	6,9	1,0	0,6
SOLVENTES	5,8	0,8	0,2
BENZODIAZEPÍNICOS	3,3	1,3	0,8
COCAÍNA	2,3	0,4	0,2
ESTIMULANTES	1,5	0,3	0,1
OPIÁCEOS	1,4	0,6	0,2
ALUCINÓGENOS	0,6	0,0	0,0
BARBITÚRICOS	0,5	0,1	0,1
CRACK	0,4	0,1	0,0
HEROÍNA	0,1	0,0	0,0

Como é possível observar nesta tabela, ter usado *qualquer tipo de droga* ao menos uma vez na vida é indicado por quase 1/5 dos entrevistados. Nesta categoria, as cinco drogas mais comu-

mente usadas foram o álcool, o tabaco, a maconha, os solventes e os benzodiazepínicos, que também correspondem àqueles mais usados no mês de execução do estudo. Neste caso, com diferença, o álcool e o tabaco apresentam-se como as drogas mais usadas, cabendo também destaque para os benzodiazepínicos, que ocupam o terceiro lugar.

Em resumo, parece coerente, por tudo que já foi previamente dito no capítulo *A Profissão Médica e o Ser Médico*, que alguns médicos, como quaisquer outras pessoas, padecem dos mesmos males e procuram as mesmas saídas ou os paliativos ao alcance para amenizar seu sofrimento, mas também para buscar prazer e experiências extra-sensoriais. O uso das drogas psicotrópicas é um sinal disso, embora apenas recorrido por aqueles que têm vivido em contextos adversos, enfrentado problemas pessoais, familiares ou profissionais, que tenham um gene de busca de sensações ou que apresentem um desvio de caráter moral.

# CAPÍTULO 5

## CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS DA PESQUISA SAÚDE DO MÉDICO

Valdiney V. Gouveia  
Mauro Brandão Carneiro

Neste capítulo procura-se descrever o *método* seguido para a realização da pesquisa acerca da *Saúde dos Médicos* que atuam no Brasil. Neste sentido, procura-se detalhar deste o *delineamento* de pesquisa à *análise de dados*, detalhando principalmente os *instrumentos* empregados.

## DELINEAMENTO

Trata-se de uma pesquisa de levantamento (*survey research*) realizada por intermédio da *Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT)*, compreendendo um estudo de tipo *ex post facto*. A pesquisa por meio dos Correios tem o inconveniente de produzir baixa taxa de resposta, raramente superando 60% (GOUVEIA e GÜNTHER, 1995). Por exemplo, na pesquisa dos anos 1990 realizada pelo CFM, dos questionários enviados para os médicos por meio da ECT regressaram 51,8% (MACHADO, 1996). Porém, este não é um problema restrito ao Brasil; no Canadá, alcançou-se uma cifra de 44% de participação entre os médicos que ali exercem seu ofício (SULLIVAN e BUSKE, 1998)<sup>1</sup>. Portanto, este aspecto precisa ser tido em conta a fim de compreender a composição das amostras.

## UNIVERSO E AMOSTRAS

Partindo do cadastro do *Conselho Federal de Medicina (CFM)* acerca dos médicos que atuam no País, atualizado em 28 de setembro de 2005, selecionaram-se amostras aleatórias simples de todas as Unidades da Federação (UFs). A legibilidade do médico

---

<sup>1</sup> O Canadá, quando da realização da pesquisa com os médicos, contava com 56.000 destes profissionais ativos. Para seleção da amostra, os responsáveis pelo estudo decidiram enviar os questionários para 1/7 deles, isto é, 8.000. As respostas foram obtidas de 3.520 médicos, que representam 6,2% do total. Esta amostra foi considerada representativa do País, como margem de erro de 1,7% (SULLIVAN e BUSKE, 1998).

como potencial participante do estudo atendeu a três critérios principais: (1) figurar como ativo, (2) contar com inscrição primária e (3) constar com endereço completo e único no banco de dados do CFM. Para a coleta dos dados, inicialmente, no dia 28 de setembro de 2005, separou-se o banco a partir do qual extrair as amostras. O processo de coleta em si ocorreu de 02 de dezembro de 2005 a 31 de agosto de 2006, tendo sido realizado em duas etapas consecutivas, cujos números correspondentes são resumidos na Tabela 4.

**TABELA 4. UNIVERSO E AMOSTRA ESTIMADA PARA CADA UNIDADE DA FEDERAÇÃO (UF)**

UF	N	n <sub>1</sub>	n <sub>2</sub>
Acre	420	420	420
Amazonas	2.561	729	1.300
Amapá	350	350	350
Pará	4.694	798	1.900
Rondônia	953	953	953
Roraima	294	294	294
Tocantins	818	818	818
<b>Norte</b>	<b>10.090</b>	<b>4.362</b>	<b>6.035</b>
Alagoas	3.186	758	1.300
Bahia	11.804	857	2.500
Ceará	6.691	827	1.900
Maranhão	2.600	732	1.300
Paraíba	3.633	773	1.300
Pernambuco	9.669	848	2.500
Piauí	2.074	699	1.300
Rio Grande do Norte	2.978	750	1.300
Sergipe	1.989	692	1.297
<b>Nordeste</b>	<b>44.624</b>	<b>6.936</b>	<b>14.698</b>

Distrito Federal	6.849	828	1.900
Goiás	6.290	822	1.900
Mato Grosso	2.441	723	1.300
Mato Grosso do Sul	2.661	735	1.300
<b>Centro-Oeste</b>	<b>18.241</b>	<b>3.108</b>	<b>6.400</b>
Paraná	13.787	863	2.500
Rio Grande do Sul	21.011	876	3.100
Santa Catarina	7.354	833	1.900
<b>Sul</b>	<b>42.152</b>	<b>2.572</b>	<b>7.500</b>
Espírito Santo	5.301	809	1.900
Minas Gerais	28.424	882	3.100
Rio de Janeiro	49.380	890	3.700
São Paulo	83.727	894	3.700
<b>Sudeste</b>	<b>166.832</b>	<b>3.475</b>	<b>12.400</b>
<b>Total</b>	<b>281.939</b>	<b>20.453</b>	<b>47.033</b>

• **Primeira etapa da coleta de dados.** Esta teve início com a seleção de amostras aleatórias por UF, o que foi feito no dia 23 de novembro de 2005. Considerou-se o banco com todos os médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina que atendessem os critérios de inclusão antes indicados. O propósito último era alcançar uma representatividade de 95% da população (nível de confiança de  $2\sigma$ ), admitindo-se uma margem de erro de estimativa de 4%. Contudo, reconhecendo que a taxa de resposta costuma ser baixa neste tipo de pesquisa, tomaram-se duas decisões: (1) no caso dos Estados da região Norte, excetuando o Amazonas e o Pará, resolveu-se incluir todos os médicos registrados; e (2) nas demais Regiões, incluindo os dois Estados antes mencionados, o tamanho calculado da amostra

original foi aumentado em aproximadamente 50%. A partir destes critérios, foram selecionados 20.453 médicos. No dia 02 de dezembro de 2005 o questionário da pesquisa foi enviado para cada um destes médicos. A partir de então, esperaram-se cerca de quatro meses e meio, quando já nenhum questionário estava chegando, para dar por encerrada esta etapa, correspondendo ao dia 14 de abril de 2006. Do total de questionários enviados, 2.364 retornaram, correspondendo a uma taxa de resposta de 11,6%; as devoluções, por mudança de residência ou impossibilidade de achar o endereço por parte dos Correios, totalizaram 17 questionários (0,08%).

• **Segunda etapa da coleta de dados.** Objetivou-se nesta etapa incrementar o tamanho das amostras obtidas nas UFs. Na oportunidade, tomou-se a decisão de realizar um esforço maior, enviando mais questionários. Uma vez mais, foram enviados questionários para todos os médicos da região Norte, excetuando aqueles do Amazonas e Pará, que foram tratados como as demais UFs brasileiras. Nesta oportunidade, anexou-se ao questionário um apelo (carta do coordenador do **CPEDOC** – Centro de Pesquisa e Documentação, do Conselho Federal de Medicina) solicitando a participação dos médicos e indicando que, aquele que já o tivesse respondido (médicos do Norte), não voltasse a fazê-lo. No caso dos demais médicos, foram considerados unicamente aqueles que não tinham feito parte da seleção anterior, configurando assim em uma nova amostragem aleatória. A seleção das amostras foi feita no dia 24 de março de 2006, adotando-se a seguinte regra para definir o número de participantes por UF: aquelas com até 3.500 médicos (AL, AM, MA, MT, MS, PB, PI, RN e SE), selecionaram-se 1.300 potenciais participantes; as que apresentavam mais de 3.500 e menos de 7.000 médicos (CE, DF, ES, GO, PA e SC) foram selecionados 1.900; para as com mais de 7.000 e menos de 15.000 (BA, PE e PR), selecionaram-se 2.500 médicos; as com mais de 15.000 e menos de 30.000 médicos (MG e RS) tive-

ram 3.100 selecionados; e, finalmente, para as duas que contam com mais de 30.000 médicos (RJ e SP) foram selecionados aleatoriamente 3.700 destes. Portanto, este procedimento resultou na seleção de 47.033 médicos<sup>2</sup>, aos quais foram enviados pelos Correios, no dia 20 de abril de 2006, os questionários correspondentes; no dia 31 de agosto de 2006 foi dado por encerrado este processo. A taxa de resposta nesta segunda etapa foi de 11,3%, correspondendo à participação de 5.336 médicos; as devoluções, por mudança de residência ou impossibilidade de achar o endereço por parte dos Correios, totalizaram 16 questionários (0,03%).

Na Tabela 5, indica-se a quantidade total, resultado das etapas 1 e 2, de médicos que participaram em cada uma das UFs. Neste caso, tomou-se como referência a informação de *onde exerce sua profissão* atualmente. É importante assinalar que não se considerou a simples devolução do questionário pelos *Correios* para a contagem dos recebidos por UF; contabilizaram-se apenas aqueles que foram devolvidos e que continham os dados demográficos e um das partes do questionário (sintomas psiquiátricos, indicadores orgânicos e/ou uso de drogas) com todas suas perguntas respondidas. Portanto, o banco de dados foi constituído unicamente quando se atendiam estas condições básicas.

---

<sup>2</sup> Do total de médicos selecionados, 2.835 corresponderam ao daqueles dos seguintes estados do Norte: Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins. No caso de Sergipe, participaram todos os 1.297 médicos que não haviam sido considerados na amostra previamente selecionada.

TABELA 4. PARTICIPAÇÃO DOS MÉDICOS DE CADA UNIDADE DA FEDERAÇÃO (UF)

UF	N	n	%	TR
Acre	420	39	9,29	9,29
Amazonas	2.561	147	5,74	7,24
Amapá	350	36	10,29	10,29
Pará	4.694	243	5,18	9,01
Rondônia	953	147	15,42	15,42
Roraima	294	28	9,52	9,52
Tocantins	818	139	16,99	16,99
<b>Norte</b>	<b>10.090</b>	<b>779</b>	<b>7,72</b>	<b>10,30</b>
Alagoas	3.186	199	6,25	9,67
Bahia	11.804	392	3,32	11,68
Ceará	6.691	288	4,30	10,56
Maranhão	2.600	149	5,73	7,33
Paraíba	3.633	218	6,00	10,52
Pernambuco	9.669	370	3,83	11,05
Piauí	2.074	176	8,45	8,80
R. G. do Norte	2.978	218	7,32	10,63
Sergipe	1.989	240	12,07	12,07
<b>Nordeste</b>	<b>44.624</b>	<b>2.250</b>	<b>5,04</b>	<b>10,40</b>
Dist. Federal	6.849	297	4,34	10,89
Goiás	6.290	259	4,12	9,51
Mato Grosso	2.441	257	10,53	12,64
M. G. do Sul	2.661	272	10,22	13,37
<b>Cent-Oeste</b>	<b>18.241</b>	<b>1.085</b>	<b>5,95</b>	<b>11,41</b>
Paraná	13.787	499	3,62	14,84
R. G. do Sul	21.011	568	2,70	11,41
S. Catarina	7.354	454	6,17	16,61
<b>Sul</b>	<b>42.152</b>	<b>1.521</b>	<b>3,61</b>	<b>13,74</b>

Espírito Santo	5.301	352	6,64	12,99
Minas Gerais	28.424	610	2,15	15,32
Rio de Janeiro	49.380	471	0,95	10,26
São Paulo	83.727	622	0,74	13,54
Sudeste	166.832	2.055	1,23	12,94
<b>Total</b>	<b>281.939</b>	<b>7.690*</b>	<b>2,73</b>	<b>11,76</b>

*Nota:* \* Dez médicos deixaram de informar a cidade e o Estado onde exercem sua profissão. **TR** = Taxa de Resposta, isto é, porcentagem de questionários preenchidos e devolvidos do total de enviados.

Embora, aparentemente, o número final de participantes (7.700) compreenda menos de 3% do universo de médicos ativos no Brasil (281.939) quando da realização da pesquisa, esta amostra poderia ser considerada representativa. Neste caso, assumindo-a como aleatória, esta estaria dentro de padrões comumente aceitos, isto é, intervalo de confiança igual ou inferior de 2% (especificamente, 1,45%), nível de confiança de 99% e distribuição de resposta de 50% “correta” (presença versus ausência de atributo) (RAOSOFT, 2007).

Quanto à *taxa de resposta*, observou-se que 11,76% dos questionários efetivamente enviados foram respondidos e devolvidos em condições de comporem o banco de dados, conforme observação anteriormente feita. Não houve considerável variação em torno desta porcentagem ( $\chi^2 < 1$ ), tendo as regiões Norte e Sul a menor (10,30) e maior (13,74) taxas de respostas, respectivamente.

## INSTRUMENTOS

Os participantes do estudo receberam uma carta resposta com os instrumentos impressos em uma única folha, frente e verso, correspondendo ao seguinte:

*Questionário de Saúde Geral – QSG-12.* Este instrumento foi proposto por David Goldberg; como sua abreviação indica, compõe-se de 12 itens (por exemplo, *Você tem-se sentido pouco feliz e deprimido?; Você tem perdido a confiança em si mesmo?*). Estes são respondidos em termos do quanto a pessoa tem experimentado os sintomas descritos, sendo suas respostas dadas em uma escala de quatro pontos. No caso dos itens que negam a saúde mental (por exemplo, *Suas preocupações lhe têm feito perder muito sono?; Tem-se sentido pouco feliz e deprimido?*), as alternativas de resposta variam de **1** (*Absolutamente, não*) a **4** (*Muito mais que de costume*); no caso dos itens afirmativos (por exemplo, *Tem-se sentido capaz de tomar decisões?; Tem podido concentrar-se bem no que faz?*), as respostas foram de **1** (*Mais que de costume*) a **4** (*Muito menos que de costume*). A maior pontuação total nesta medida indica pior nível de saúde mental (alta ansiedade e depressão). Os estudos realizados no País comprovam sua validade de construto e confiabilidade, com Alfas de Cronbach variando de 0,80 (SARRIERA, SCHWARCZ e CÂMARA, 1996) a 0,88 (BORGES e ARGOLO, 2002; GOUVEIA, CHAVES, OLIVEIRA, DIAS, GOUVEIA e ANDRADE, 2003).

*Inventário de Burnout de Maslach.* Este avalia o esgotamento laboral, tendo sido amplamente empregado para medir os sintomas da “Síndrome da queimação” entre os médicos (BARGELLINI, BARBIERI, ROVESTI, VIVOLI e RONCAGLIA, 2000; BRUCE, 2004; MCMANUS, KEELING e PAICE, 2004). Compõe-se de 22 itens, distribuídos em três fatores: *exaustão emocional* (9 itens; por exemplo, *Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado; Sinto-me frustrado com meu trabalho*), *realização profissional* (5 itens; por exemplo, *Tenho conseguido muitas coisas valiosas neste trabalho; Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas por meio do meu trabalho*) e *despersonalização* (8 itens; por exemplo, *Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente;*

*Sinto que realmente não me importa o que ocorre com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente*). Embora a versão original empregue uma escala de resposta de 7 pontos, com os extremos **0** (*Nunca*) e **6** (*Sempre*), no presente estudo decidiu-se empregar a que apresenta 5 pontos, variando de **1** (*Nunca*) a **5** (*Sempre*), que se revelou mais adequada à realidade brasileira (CARLOTTO & CÂMARA, 2004; TAMAYO, 1997; TAMAYO, ARGOLO e BORGES, 2005). Os estudos, geralmente, têm revelado validade fatorial e consistência interna desta medida, neste caso com Alfas de Cronbach acima de 0,70 (AKROYD, CAISON e ADAMS, 2002; BORGES, ARGOLO e BAKER, 2006; BENEVIDES-PEREIRA, 2002), embora seu fator *despersonalização* também tem revelado Alfas inferiores a este em outros estudos (CARLOTTO e CÂMARA, 2004; TAMAYO, 1997).

*Escala de Avaliação da Fadiga*. Este instrumento foi proposto inicialmente a partir de uma amostra de trabalhadores holandeses (MICHIELSEN, DE VRIES e VAN HECK, 2003). Compreende um conjunto de 10 itens (por exemplo, *Sinto-me incomodado devido à fadiga; Fico cansado muito rapidamente*), respondidos em escala de 5 pontos, com os extremos **1** = *Nunca* e **5** = *Sempre*. Existem evidências de que apresenta validade fatorial e consistência interna (Alfa de Cronbach) satisfatória. Por exemplo, encontrou-se que esta medida é unifatorial, com Alfa acima de 0,80 (DE VRIES, MICHIELSEN e VAN HECK, 2003, 2004; MICHIELSEN, DE VRIES e VAN HECK, 2003b). Esta medida também apresentou validade convergente, correlacionando-se com oito medidas que avaliam fatores correlatos da fadiga, variando de 0,61 (*Nível reduzido de atividade física*) a 0,79 (*fadiga física*). Não foi encontrado qualquer estudo no Brasil em que esta medida tenha sido previamente empregada.

*Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa*. Esta versão foi proposta inicialmente por Osman e cols. (2003). Compreende 14 itens que medem dois fatores principais oblíquos (negativamente

correlacionados entre si;  $r = -0,49$ ,  $p < 0,001$ ): *ideação suicida negativa* (8 itens; por exemplo, *Considerado seriamente a possibilidade de dar fim a sua vida por não conseguir atender às expectativas dos outros; Se sentido sem esperança em relação ao futuro e considerado dar fim a sua vida*) e *ideação suicida positiva* (6 itens; por exemplo, *Se sentido entusiasmado pelo seu sucesso nos estudos e / ou no trabalho; Se sentido confiante na sua capacidade de lidar com a maioria dos problemas da sua vida*). Estes autores comprovaram esta estrutura por meio de análise fatorial confirmatória (*Robust-comparative fit index* = 0,96, *non-nomerd fit index* = 0,95 e *root-means-square error-of-approximation* = 0,03). Estes fatores apresentaram consistência interna acima de 0,80, e a *ideação suicida negativa* mostrou-se eficaz para diferenciar as pontuações de estudantes do ensino médio daquelas de pessoas com risco de suicídio. Nenhuma informação acerca da sua adequação no contexto brasileiro foi encontrada.

*Principais Patologias Médicas.* A partir da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), foram os 16 principais grupos de patologias, como seguem: (1) *doenças infecciosas e parasitárias*, (2) *neoplasias*, (3) *doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários*, (4) *doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas*, (5) *transtornos mentais e comportamentais*, (6) *doenças do sistema nervoso*, (7) *doenças dos olhos e anexos*, (8) *doenças do ouvido e da apófise mastóide*, (9) *doenças do aparelho circulatório*, (10) *doenças do aparelho respiratório*, (11) *doenças do aparelho digestivo*, (12) *doenças da pele e do tecido subcutâneo*, (13) *doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo*, (14) *doenças do aparelho geniturinário*, (15) *malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas* e (16) *lesões, envenenamento e outras conseqüências de causas externas*. O médico participante deveria ler e indicar se apresentava ou não cada uma destas afecções, *com diagnóstico de outro médico*.

*Uso de Drogas Psicotrópicas.* Tomando como referência um levantamento nacional das drogas psicotrópicas mais usadas no Brasil (CARLINI, GALDURÓZ, NOTO e NAPPO, 2002), decidiu-se perguntar se os médicos já haviam *experimentado*, se eram *usuários eventuais* (uso esporádico e / ou situacional, como em reuniões sociais, festas e finais de semana) ou *dependentes* (procura voluntariamente consumir determinado tipo de droga com regularidade) de uma lista de 17 drogas, a saber: (1) *tabaco*, (2) *tranqüilizantes*, (3) *estimulantes*, (4) *álcool*, (5) *sedativos ou barbitúricos*, (6) *esteróides anabolizantes*, (7) *orexígenos*, (8) *xaropes à base de codeína*, (9) *analgésicos opiáceos*, (10) *anticolinérgicos*, (11) *solventes*, (12) *alucinógenos*, (13) *maco-nha*, (14) *cocaína*, (15) *crack*, (16) *merla* e (17) *heroína*.

*Informações Demográficas.* Foram incluídas 30 perguntas que visavam a caracterizar os participantes do estudo (sexo, idade, estado civil, se já se separou e quantas vezes, se tem filhos e quantos, se paga pensão alimentícia e quantas, se sente diminuição da libido, se a vida sexual é satisfatória, cor / raça, religião e o quanto é religioso, universidade e ano em que se graduou) e o seu contexto laboral (se esteve desempregado desde que se formou e por quanto tempo, a situação laboral atual, a especialidade em que atua, em que cidade e Estado exerce o ofício de médico, setor onde atua, número de atividades profissionais, horas semanais de trabalho, se trabalha em regime de plantão e quantas horas, se trabalha em urgência / emergência, se usa equipamento de proteção individual e qual o salário mensal).

*Os instrumentos cuja versão original estava em língua inglesa, não havendo qualquer tradução no contexto brasileiro, isto é, a Escala de Avaliação da Fadiga e o Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa, foram traduzidos para o português por dois psiquiatras, um psicólogo e um infectologista bilíngües.*

Uma vez com todas as versões em português dos instrumentos, procedeu-se a sua validação semântica. Isso foi feita por ocasião do *XXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria*, realizado de 12 a 15 de outubro de 2005, em Belo Horizonte, MG. Participaram 49 médicos psiquiatras, 28 do sexo masculino e 21 feminino, com idade média de 49,6 anos ( $DP = 12,02$ ; amplitude de 24 a 76). Todos foram solicitados a responder voluntariamente os questionários, avaliando se os itens / as perguntas eram compreensíveis e se poderiam ser respondidos nas escalas / formatos de resposta propostos. O tempo médio para responder o questionário foi de 20 minutos. No geral, não precisaram de serem feitas modificações substanciais; unicamente recomendaram deixar em negrito (destaque) a expressão “nas últimas semanas”, do *Questionário de Saúde Geral (QSG-12)* e sugerido colocar a opção “Outro” para o item 22 dos dados demográficos.

## PROCEDIMENTO

Uma vez definidas as amostras do estudo, os questionários foram enviados para os endereços selecionados dos médicos. A partir do momento que os questionários foram entregues nos Correios começou-se a contabilizar o tempo de devolução. Embora se reconheça que a “notificação” (um pedido para que o potencial sujeito responda o questionário, que pode ser feito antes ou depois de tê-lo enviado) aumenta a taxa de resposta (GOUVEIA e GÜNTHER, 1995), tomou-se a decisão de não proceder desta forma. Portanto, contou-se com a participação espontânea daqueles médicos que, selecionados aleatoriamente, decidiram colaborar com o estudo, sem qualquer recompensa material.

## TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os questionários que foram chegando passaram a ser digitados, contando com uma equipe de cinco digitadores. A base de dados foi preparada de modo a aceitar apenas os valores pré-determinados, evitando erros de digitação. Em todo caso, a cada bloco de 1.000 questionários, fez-se uma checagem, atestando a qualidade das informações entradas. Os dados foram entrados no *software SPSS (Statistical Package for the Social Science)*, salvando-os com o formato *.sav*. Inicialmente, empregaram-se estatísticas descritivas (média, desvio-padrão) e distribuição de frequência para descrever os dados. Contudo, em razão dos objetivos do estudo e das necessidades (por exemplo, conhecer a estrutura fatorial e consistência interna de alguma medida), empregaram-se também estatísticas bivariadas (correlações) e multivariadas (análise fatorial).

# CAPÍTULO 6

## INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS MÉDICOS

Mauro Brandão Carneiro  
Valdiney V. Gouveia

## 6.1. SEXO, FAIXA ETÁRIA E COR

Os que colaboraram com esta pesquisa são majoritariamente do sexo masculino (62,9%), da cor branca (80,9%) e com mais de 45 anos de idade (60%), como pode ser observado na Tabela 6 a seguir.

TABELA 6. MÉDICOS PARTICIPANTES SEGUNDO SEXO, FAIXA ETÁRIA E COR.

VARIÁVEL	NÍVEIS	F	%
Sexo	Masculino	4783	62,9
	Feminino	2820	37,1
Cor	Branca	6140	80,9
	Parda	1172	15,5
	Amarela	210	2,8
	Preta	54	0,7
	Indígena	11	0,1
Faixa etária	Até 27 anos	209	2,8
	De 28 a 29 anos	230	3,0
	De 30 a 34 anos	776	10,2
	De 35 a 39 anos	834	11,0
	De 40 a 44 anos	984	13,0
	De 45 a 49 anos	1207	15,9
	De 50 a 59 anos	2417	31,8
	De 60 a 69 anos	717	9,4
De 70 anos e mais	223	2,9	

**Notas:** F = Frequência; % = Percentual em função das respostas válidas.

Um percentual maior de médicas participou deste estudo, em comparação com a pesquisa anterior (à época, foram 30,2%; CARNEIRO e GOUVEIA, 2004). Por outro lado, confirmando a tendência

apontada naquele trabalho, as mulheres médicas têm presença cada vez maior nas faixas etárias mais jovens. Nesta pesquisa elas são apenas 29,8% entre os maiores de 45 anos, percentual reduzido para 12,3% entre aqueles com mais de 60 anos. Em contrapartida, somam 48,1% na faixa dos que têm até 45 anos de idade, e, na faixa mais jovem – até 27 anos –, as médicas são maioria entre os participantes (51,4%).

Este aumento da participação feminina na profissão médica está mais acentuado na região Nordeste (42%), sendo que este percentual chega a 51% em Alagoas, 49,2% em Sergipe e 48,6% em Pernambuco. O Piauí é o estado com menor concentração de médicas na Região (30,5%). A presença feminina no Sudeste (39,5%) é mais marcante no Rio de Janeiro (44%), e no Norte ela acontece principalmente no Pará (42,7%) e no Amapá (41,7%). No outro extremo está a região Centro-Oeste, onde a participação feminina soma apenas 30,6%, particularmente nos estados de Mato Grosso do Sul (25,9%) e Mato Grosso (26,8%). O mesmo acontece no Sul (31,6%), onde os estados de Santa Catarina (28,8%) e do Paraná (27,8%) destacam-se com as porcentagens mais baixas de mulheres médicas.

Os que se declararam brancos são maioria entre os homens (63,4%), assim como os de cor parda (60,0%), amarela (63,8%), preta (61,1%) e indígena (72,7%). A cor branca também predomina em todas as faixas etárias. Ela representa 81,7% daqueles com mais de 45 anos de idade, chegando a 90,4% entre os maiores de 70 anos. Entre os mais jovens (até 45 anos), a média é de 79,7% de brancos, diminuindo para 72,6% entre os que têm menos de 27 anos. Esta faixa etária corresponde aos recém-formados. Portanto, é possível que nos últimos anos o ingresso nos cursos de Medicina tenha registrado maior diversidade racial. Quiçá, isso seja reflexo de políticas afirmativas e inclusão social que se discutem e procuram ser postas em práticas na última década neste país.

Entre os que responderam ao questionário na região Sul, 93,8% declararam-se brancos, chegando a 97,9% no Rio Grande do Sul. No Norte foram apenas 66%, sendo que no Acre o percentual foi de 46,1%, enquanto 43,6% afirmaram-se de cor parda; estes foram somente 2% na região Sul, somando apenas 1,1% no Rio Grande do Sul, o menor índice de todo o País. Os de cor amarela representaram 5,7% do total de entrevistados no Centro-Oeste, com destaque para os estados de Mato Grosso (9,9%) e Mato Grosso do Sul (8,5%); eles foram 3,8% na região Norte, principalmente em Rondônia (6,8%) e Pará (4,7%), e 3,5% no Sul, a maioria no Paraná (7,9%).

Quanto à distribuição por faixas etárias, observa-se uma diferença substancial na comparação com os participantes da pesquisa *O Médico e seu Trabalho* (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004). A predominância de médicos jovens apontada naquela pesquisa não se confirmou entre os que responderam ao questionário atual. Os que tinham menos de 45 anos em 2004 eram 63,4%, contra apenas 40% no presente trabalho. Mesmo assim, trata-se de um grupo bastante expressivo (mais de 3.000 respondentes). Cabe aqui conjecturar que a maior adesão de pessoas de maior idade na presente pesquisa, quiçá, tenha sido devido ao fato de os questionários terem sido enviados pelos Correios. Isso permitiu que pessoas de outras regiões, como o Norte, por exemplo, onde predominam profissionais mais velhos e presumivelmente menos acostumados ao uso de recursos como a Internet, fizessem parte do estudo. Porém, como antes se ressaltou, esta é apenas uma conjectura.

As regiões onde os mais jovens tiveram maior participação foram Sudeste (41,4%) e Sul (41,3%), principalmente nos estados de Minas Gerais (45,4%) e Santa Catarina (43,1%). No Norte esta participação é semelhante à média nacional (40,3%), no entanto os maiores percentuais de médicos com menos de 45 anos foram encontrados nos estados do Tocantins (49,3%) e do Acre (48,7%).

O Nordeste tem a média mais baixa entre as Regiões da presença de médicos jovens (37%). Com exceção da Bahia (46,5%) e do Piauí (41,4%), todos os Estados exibiram porcentagens abaixo da média nacional. E aqueles com mais de 45 anos predominaram nos estados de Alagoas (68,9%), Rio de Janeiro (67,5%) e Paraíba (67%).

## 6.2. SITUAÇÃO FAMILIAR

Além do estado civil, perguntou-se aos participantes se já haviam se separado alguma vez, se possuíam filhos e se pagavam pensão alimentícia. Os resultados estão apresentados na Tabela 7 a seguir.

**TABELA 7. MÉDICOS PARTICIPANTES SEGUNDO ESTADO CIVIL, SEPARAÇÕES, N° DE FILHOS E PENSÃO.**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>NÍVEIS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Estado civil	Casado/Convivente	5745	75,6
	Solteiro	944	12,4
	Separado/Divorciado	813	10,7
	Viúvo	100	1,3
Separou/Divorciou alguma vez?	Não	5745	76,0
	Sim	1818	24,0
Quantas vezes?	Uma	1446	80,6
	Duas	275	15,3
	Três	51	2,8
	Quatro ou mais	23	1,3
Tem filhos?	Não	1666	21,9
	Sim	5944	78,1

Quantos filhos?	Um	1090	18,5
	Dois	2436	41,2
	Três	1675	28,3
	Quatro	467	7,9
	Mais de quatro	244	4,1
Paga pensão alimentícia?	Não	6787	89,6
	Sim	790	10,4
Quantas pensões?	Uma	511	68,3
	Duas	167	22,3
	Três	52	6,9
	Quatro ou mais	19	2,5

**Notas:** **F** = Frequência; **%** = Percentual em função das respostas válidas.

Uma expressiva maioria de entrevistados é casada ou convivente (75,6%). A vida conjugal é a preferida para 81,6% dos homens, que somam apenas 8,6% de solteiros e 8,8% de separados ou divorciados. As médicas também preferem o casamento ou a convivência, embora numa porcentagem menor (65,5%); por sua vez, as mulheres solteiras e as viúvas exibem percentuais maiores (18,8% e 1,9%, respectivamente). As separadas ou divorciadas são 13,8% do total de médicas.

O casamento também predomina em quase todas as faixas etárias. Entre aqueles com menos de 45 anos atinge 70,3%, com a ressalva de que os solteiros são maioria entre os que contam menos de 30 anos (58,1%). A vida conjugal é a regra para 79,1% dos pesquisados maiores de 45 anos, chegando a 83,4% para os que ultrapassam os 70 anos.

Aproximadamente um quarto dos médicos e médicas vive separado ou divorciado (23,2% dos homens e 25,4% das mulheres),

e principalmente entre aqueles com mais de 45 anos (29,5% contra 15,8% entre os mais jovens). A maioria relata que a separação ou o divórcio aconteceu uma única vez (79,8% dos médicos e 81,7% das médicas). Esta experiência única entre os mais jovens afetou 87,4% dos entrevistados separados ou divorciados, enquanto entre os que têm mais de 45 anos são 78,1% os que relataram uma única separação.

Nos Estados, a vida conjugal predomina principalmente em Mato Grosso (83,9%) e no Maranhão (82,9%). As menores porcentagens dos que vivem em casamento estão no Rio de Janeiro (66,5%) e no Acre (66,7%). Os solteiros estão presentes em maior número no Acre (20,5%) e em São Paulo (16%), e em menor proporção na Paraíba (7,5%) e em Mato Grosso do Sul (6,7%). Observe-se que o Acre é um dos Estados com maior contingente de jovens médicos entre os que responderam ao questionário. Os separados ou divorciados estão em maior número no Rio de Janeiro (17,6%) e em Pernambuco (14,0%), e os grupos de menor expressão neste segmento são encontrados nos estados de Roraima (3,7%), Rio Grande do Norte e Amapá (ambos com 5,5%).

Quando indagados se já se separaram ou divorciaram alguma vez, mais da metade dos médicos do Acre e de Roraima responderam sim (53,8% e 51,8%, respectivamente), seguidos do Rio de Janeiro (33,5%). A experiência da separação foi menor entre os médicos do Paraná (16,9%), Piauí (16,8%) e Rio Grande do Norte (16,7%). Em média, 80,6% viveram esta situação apenas uma vez, principalmente em Goiás (86,8%) e Minas Gerais (86,4%). Acima da média de duas separações responderam os médicos de Roraima (28,6%) e do Ceará (27,9%), e aqueles que ultrapassaram a marca de duas rupturas conjugais estão em maior número nos estados do Amazonas (12,9%) e Acre (10,0%).

Mais de três quartos dos médicos que responderam a pesquisa afirmaram ter filhos, variando de dois (41,2%) a três (28,3%) em sua maioria. Os homens apresentaram uma porcentagem mais elevada de paternidade (84,1%) do que as mulheres (68%), e em geral têm um maior número de filhos: 30,7% deles declararam possuir três filhos, contra apenas 23,4% das mulheres; e 9,9% possuem quatro filhos, contra somente 3,7% das médicas. Mais de quatro filhos é realidade para 5,8% dos homens, e para menos de um por cento das mulheres. Estas são maioria quando a prole é menor: 45,3% delas declararam ter dois filhos, contra 39,3% dos médicos.

A quantidade de filhos é proporcional à idade: entre os mais jovens, são 57,4% os que declararam ter filhos, enquanto na faixa com mais de 45 anos eles somam 91,7%. A maioria destes jovens possui dois filhos (46,8%), ou apenas um (36,6%). Por outro lado, só 10,9% dos mais velhos declararam possuir só um filho; a maioria tem dois (38,8%) ou três (34,3%), e 16% deles possuem quatro ou mais filhos, contra apenas 2,4% dos médicos mais moços. A prole varia também de acordo com a região do País, provavelmente fruto da cultura de cada local. Assim, a média de 78,1% dos que afirmaram paternidade (ou maternidade) é superada principalmente no Nordeste, onde chega a 80,8%, e é menos aquinhoadada na região Sudeste (74,5%).

No Nordeste, a maior prevalência está na Paraíba, onde 88,8% declararam ter filhos, dois (32,3%) ou três (33,9%) em sua maioria. A Bahia apresenta índices parecidos com os da região Sudeste (75,6%), sendo expressivo o grupo que se restringe a dois filhos (42,2%). Os Estados com maior número de médicos que possuem quatro ou mais filhos são o Maranhão (22,9%) e o Piauí (21,6%), para uma média regional de 14,8% neste quesito. No outro extremo está o Sudeste, com o estado de São Paulo situado abaixo da média nacional, pois são 72,1% os que declararam ter filhos. A maioria tem

dois (47,5%). O Espírito Santo é a UF desta Região com porcentagem mais elevada de médicos com filhos, próximo da média nacional (78,6%); e o Estado com maior quantitativo de médicos que afirmam possuir quatro ou mais filhos é Minas Gerais (10,5%), acima da média da Região para esta faixa (8,9%).

No Norte, o estado de Roraima supera a média nacional (88,9% declararam ter filhos), e são 29,2% os que têm três, contra 20,8% dos que têm apenas dois. O Estado também exibe a maior parcela com quatro ou mais filhos (20,8%), acima da média da Região para este segmento (15,6%). No Centro-Oeste é em Mato Grosso do Sul onde se encontrou a maior prevalência de médicos com filhos (84,8%). Mas é o estado de Goiás que apresenta o maior índice de quatro filhos ou mais (17,4%), para uma porcentagem média regional de 13,8%. O Sul registra a maior uniformidade na distribuição dos médicos com filhos, dentro da média nacional (77%), sem grandes variações entre os Estados.

Dos médicos que participaram da pesquisa procurou-se saber também sobre o pagamento de pensão alimentícia. São pouco mais de 10% os que pagam, a maioria apenas uma pensão (68,2%). Em geral são do sexo masculino (15,6% do total), embora 1,6% das médicas tenham declarado honrar este compromisso. A maioria dos que pagam pensão tem mais de 45 anos: eles são 13,4% do total desta faixa, contra apenas 5,9% entre os mais jovens. Nesta faixa etária, 79,9% declararam pagar pelo menos uma pensão, e 17,2% duas. Entre os mais velhos, são 64,8% os que pagam apenas uma, e 23,9% os que pagam duas pensões. Os que pagam três ou mais pensões alimentícias somam 11,3% daqueles com mais de 45 anos, contra 2,9% dos mais jovens.

De acordo com a distribuição dos participantes da pesquisa pelo Brasil, pagam pensão alimentícia mais médicos das regiões Norte (13,9%) e Centro-Oeste (12,6%), acima da média nacional, em

contraste com os da região Sudeste (apenas 8,3% são pagantes). No Norte, os que mais pagam pensão estão entre os médicos de Roraima (33,3%) e do Acre (31,6%), o que coincide com os maiores índices de separação, como visto previamente. No Centro-Oeste, eles são de Mato Grosso (15,4%) e Mato Grosso do Sul (14,1%). A maioria paga apenas uma pensão (68,3%); mais de duas pensões são pagas por 9,4% dos médicos entrevistados de todo o País, média superada apenas na região Sul (10,7%).

### 6.3. SEXUALIDADE

Os médicos responderam a duas questões relacionadas à sua vida sexual. O dia-a-dia do trabalho médico é marcado pelo estresse, e em certa medida suas respostas podem revelar o quanto estão sensíveis às vicissitudes da profissão, ou o quanto estas influenciam as realizações e os prazeres inerentes a um dos mais belos ofícios humanos – a Medicina. Na Tabela 8, apresenta-se um quadro geral da percepção dos médicos acerca de uma possível diminuição da libido e da satisfação (ou não) com sua vida sexual.

**TABELA 8. MÉDICOS PARTICIPANTES SEGUNDO DIMINUIÇÃO DA LIBIDO E SATISFAÇÃO COM A VIDA SEXUAL.**

VARIÁVEL	NÍVEIS	F	%
Sente diminuição da libido?	Não	4652	61,7
	Sim	2892	38,3
Sua vida sexual é satisfatória?	Não	2129	28,3
	Sim	5399	71,7

**Notas:** **F** = *Frequência*; **%** = *Percentual em função das respostas válidas.*

São quase 40% os que referem diminuição da libido, e cerca de 30% os que afirmam sua insatisfação com a vida sexual. Entre as mulheres médicas entrevistadas, 45,4% relatam libido diminuída, e 35,6% delas não estão satisfeitas com sua vida sexual. Os homens revelam-se menos afetados por estes problemas, na medida em que 34,1% compõem o primeiro grupo, e apenas 23,9% o segundo. O fato é que as alterações na sexualidade estão mais presentes entre as mulheres do que entre os homens que exercem a Medicina. Contudo, não se descarta um componente de deseabilidade social entre os homens (HOLTGRAVES, 2004), o que pode fazê-los menos explícitos no momento de revelar sua sexualidade, e isso pode mascarar sua real situação neste campo.

A diminuição da libido é informada por 43% dos indivíduos com mais de 45 anos, e a insatisfação sexual por 28,4%. Entre os mais jovens, estes percentuais são de 31,3% e 28,1%, respectivamente. Note-se que a redução da libido está mais presente no grupo acima de 45 anos, mas os insatisfeitos com a vida sexual estão igualmente distribuídos nos dois segmentos.

A libido diminuída é mais freqüente entre os viúvos (43%), seguidos dos casados ou conviventes (40,4%), dos que vivem separados ou divorciados (37%) e, por último, dos solteiros (26,4%). Os mais insatisfeitos com a vida sexual também estão entre os viúvos (39,4%), mas em segundo lugar estão os solteiros (38,4%). Os separados ou divorciados mantêm a terceira posição (37,7%), e os que relatam menos insatisfação são os casados ou conviventes (25,1%).

A distribuição regional destas respostas mostra maior percepção de diminuição da libido entre os médicos do Acre (51,3%), seguidos daqueles do Distrito Federal, de Goiás e do Rio de Janeiro (todos com 42%) e, entre os que manifestam esta sensação, os menos afetados estão no Amazonas (26,9%) e em Roraima (29,6%). Os que se declararam insatisfeitos com a vida sexual predominam no Rio de

Janeiro (37,5%) e em São Paulo (33,5%), e estão em menor número em Roraima (15,4%), no Amazonas e no Amapá (ambos com 20%).

## 6.4. RELIGIOSIDADE

Outras duas perguntas do questionário tinham por objetivo conhecer as opções religiosas dos entrevistados, listando-se as principais religiões praticadas no Brasil, além de identificar o quanto de comprometimento cada um tem com suas crenças. Este grau de religiosidade ajuda a compreender em que medida o componente religioso influencia sua vida pessoal e profissional. Os resultados são mostrados na Tabela 9 a seguir.

**TABELA 9. MÉDICOS PARTICIPANTES SEGUNDO A RELIGIÃO QUE ADOTAM E O GRAU DE RELIGIOSIDADE.**

VARIÁVEL	NÍVEIS	F	%
Qual a sua religião?	Católica	4752	62,9
	Nenhuma	1031	13,6
	Espírita	869	11,5
	Protestante	556	7,3
	Outra	352	4,7
O quanto você é religioso?	Nada religioso	902	12,1
	Pouco religioso	1335	17,9
	Mais ou menos religioso	1949	26,2
	Muito religioso	1564	21,0
	Totalmente religioso	1700	22,8

**Notas:** F = Frequência; % = Percentual em função das respostas válidas.

A religião católica predomina entre os entrevistados (62,9%), seguida daqueles que declararam não seguir nenhuma delas (13,6%);

em terceiro lugar estão os espíritas, que representam 11,5% do total. A adoção do catolicismo é comum aos homens e às mulheres, ambos com percentuais acima de 60%. No entanto, foram os homens que afirmaram em maior número não seguir religião alguma (15,5%), contra 10,5% das mulheres. Estas declararam-se espíritas em maior proporção que os homens (15,8% contra apenas 9% deles), e os dois sexos exibem porcentagens semelhantes quanto às opções pelo protestantismo e outras religiões.

O quesito “O quanto você é religioso?” apresentava opções de respostas numa escala de cinco pontos, variando de “*nada religioso*” à “*totalmente religioso*”. Esta apresentação dos resultados leva em conta as duas extremidades da escala, não sendo considerada a opção “*mais ou menos religioso*”. *Pouco ou nada religiosos*, assim se definiram 30% dos respondentes. No outro extremo, 43,8% declararam-se *muito ou totalmente religiosos*. Estes resultados diferem entre os sexos. O primeiro grupo foi compartilhado por 34,9% dos homens, e apenas 21,7% das mulheres médicas; estas, por sua vez, declararam-se majoritariamente *muito ou totalmente religiosas* (51,7%), contra apenas 39,1% dos homens.

Há menos médicos católicos e mais espíritas nas faixas etárias mais jovens (61,1% e 13,2%, respectivamente) do que entre os mais antigos na profissão (64,1% e 10,4%, respectivamente). Os que não adotam religião alguma formam quantitativos semelhantes em ambas as faixas de idade, assim como protestantes e seguidores de outros credos.

Os integrantes dos dois grupos etários não diferem quanto ao grau de religiosidade informado. *Pouco ou nada religiosos* são 30,4% entre os mais jovens e 29,7% no segmento com mais de 45 anos; definiram-se como *muito ou totalmente religiosos* 44,6% dos mais velhos e 42,6% dos que contam menos de 45 anos de idade.

Em todas as Regiões do País, o catolicismo prevalece para mais da metade dos médicos pesquisados. Eles são 67,4% no Nordeste, 63,6% no Norte, 62,5% no Sul, 60,9% no Sudeste e 57,2% no Centro-Oeste. Os estados do Piauí e do Amapá têm as maiores concentrações de católicos (82,9% e 80%, respectivamente), enquanto o Rio de Janeiro e a Bahia possuem em menor número os praticantes desta religião (53,2% e 50,6%, respectivamente).

Os médicos que não seguem religião alguma estão predominantemente no Sul e no Sudeste (ambos com 15,2%), mas os estados de Roraima (20%) e do Acre (18,4%) são os que exibem os maiores percentuais deste segmento, juntos com o Rio de Janeiro (18,4%).

Os que adotam o espiritismo compõem o segundo maior grupo do Centro-Oeste (14,7%), principalmente nos estados de Goiás (17,8%) e Distrito Federal (14,9%), embora o contingente mais expressivo esteja na Bahia (18,3%), que ostenta também um significativo índice dos que não têm religião (18,1%).

O protestantismo é praticado majoritariamente no Norte por 10,5% dos entrevistados, com destaque para os estados de Rondônia (15,9%) e do Amazonas (12,4%). Concentração semelhante também é registrada na região Centro-Oeste (10,1%), principalmente em Mato Grosso (12,7%) e Goiás (11,9%).

Quanto ao grau de religiosidade, praticamente a metade dos médicos do Nordeste e do Norte afirmou ser *muito* ou *totalmente religiosa* (49,1% e 48,5%, respectivamente), enquanto os que se declararam *pouco* ou *nada religiosos* nestas Regiões foram 24,9% e 21,2%, respectivamente. Os participantes das regiões Sudeste e Centro-Oeste seguiram a mesma tendência, mais próximos da média nacional: respectivamente, 43,8% e 42,2% consideram-se no primeiro grupo, enquanto 30,8% e 31% *pouco* ou *nada* têm de religiosidade. Na região Sul, o quadro inverte-se: são 38,8% os que se declararam *pouco*

ou *nada* religiosos, e 34,9% aqueles que se definem como *muito* ou *totalmente religiosos*.

Em resumo, observa-se um contingente expressivo de mulheres entre os participantes desta pesquisa, principalmente nas faixas etárias mais jovens e na região Nordeste, corroborando o que foi descrito na publicação *O Médico e seu Trabalho* (Carneiro e Gouveia, 2004). Os médicos declararam majoritariamente possuírem cor branca, mas foi detectada uma redução percentual significativa desta afirmação nas faixas mais jovens, principalmente entre aqueles com menos de 27 anos. Diferentemente do que foi encontrado na pesquisa de 2004, neste estudo a maioria dos participantes tem mais de 45 anos de idade, notadamente no Nordeste e no Rio de Janeiro.

Quanto à situação familiar, predominam os que são casados ou conviventes em todas as faixas etárias e em todos os Estados, e eles são mais expressivos entre os homens do que entre as mulheres médicas. Os que têm filhos compõem um universo de mais de três quartos dos respondentes, concentrando-se em maior número no Nordeste e menos no Sudeste. São cerca de um quarto dos participantes os que vivem separados ou divorciados, sejam homens ou mulheres, com presença mais significativa no Rio de Janeiro e em Pernambuco. Cerca de 10% dos participantes pagam pensão alimentícia, a maioria homens, com mais de 45 anos e moradores do Norte.

A redução da libido e a insatisfação com a vida sexual foi apontada principalmente pelas médicas, mas é possível que os homens manifestem-se menos sobre o assunto. Enquanto a diminuição da libido é mais citada entre os maiores de 45 anos, a insatisfação com a vida sexual tem percentuais semelhantes nas duas faixas etárias. As duas variáveis predominam entre os viúvos; no entanto, a redução da libido é menos citada pelos solteiros e a insatisfação com a vida sexual afeta menos aqueles que são casados ou conviventes.

Os católicos predominam em ambos os sexos e em todas as faixas etárias, ainda que tenha sido detectado um percentual significativo de espíritas entre os médicos mais jovens quando comparado às faixas subseqüentes. Aqueles que declararam não possuir religião são majoritariamente do sexo masculino, igualmente distribuídos nas diferentes faixas etárias. Os católicos estão em maior número no Piauí e no Amapá, enquanto os que não têm religião atuam principalmente em Roraima, no Acre e no Rio de Janeiro. Os que se declararam *pouco ou nada religiosos* são predominantemente homens e concentram-se na região Sul, enquanto os que afirmaram ser *muito ou totalmente religiosos* são majoritariamente do sexo feminino e estão mais presentes nas regiões Norte e Nordeste.

# CAPÍTULO 7

## FORMAÇÃO PROFISSIONAL E MERCADO DE TRABALHO

Mauro Brandão Carneiro  
Genário Alves Barbosa

## 7.1. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Acerca da formação profissional dos médicos que participaram desta pesquisa, procurou-se conhecer o tempo que têm de formados (em anos), a Instituição de Ensino Superior (IES) onde concluíram sua graduação em Medicina e a especialidade exercida. Estas questões também foram objeto da pesquisa anterior (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004), permitindo algum grau de comparação entre os participantes dos dois estudos. A Tabela 10 apresenta um resumo destas informações.

TABELA 10. MÉDICOS PARTICIPANTES SEGUNDO A IES ONDE SE GRADUARAM, TEMPO DE FORMADO E ESPECIALIDADE QUE EXERCEM.

VARIÁVEL	NÍVEIS	F	%
<b>Tempo de formado (em anos)</b>	Até 5 anos	481	6,4
	De 6 a 10 anos	762	10,2
	De 11 a 15 anos	888	11,9
	De 16 a 20 anos	1012	13,5
	De 21 a 25 anos	1284	17,2
	De 26 a 30 anos	1420	19,0
	De 31 a 40 anos	1332	17,8
	Mais de 41 anos	298	4,0

<b>Principais IES formadoras*</b>	Universidade Federal do Paraná	319	4,3
	Universidade Federal de Minas Gerais	288	3,9
	Universidade Federal de Pernambuco	286	3,9
	Universidade Federal do Ceará	254	3,4
	Universidade Federal do Pará	253	3,4
	Universidade Federal da Bahia	221	3,0
	Universidade Federal da Paraíba, J. Pessoa	213	2,9
	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	193	2,6
	Universidade de Pernambuco	186	2,5
	Universidade Federal do Rio de Janeiro	185	2,5
	Universidade Federal de Goiás	180	2,4
	Universidade Federal de Sergipe	179	2,4
	Faculdade Estrangeira	91	1,2
<b>Especialidade que exerce*</b>	Clínica Médica	1241	16,1
	Pediatria	930	12,1
	Ginecologia e Obstetrícia	873	11,3
	Cardiologia	322	4,2
	Oftalmologia	316	4,1
	Cirurgia Geral	308	4,0
	Anestesiologia	265	3,4
	Psiquiatria	264	3,4
	Ortopedia e Traumatologia	261	3,4
	Dermatologia	247	3,2
	Medicina de Família e Comunidade	210	2,7
Medicina do Trabalho	187	2,4	

**Notas:** \* As relações completas das IES formadoras e das especialidades podem ser obtidas solicitando-as ao Centro de Documentação e Pesquisa (CPEDOC / CFM); **F** = Frequência; **%** = Percentual em função das respostas válidas para tempo de formado, e em função do total de respondentes para as demais variáveis.

Na maioria dos casos, o tempo de formado é proporcional à idade do médico. Desta forma, quase todos aqueles com até cinco anos de formado têm no máximo 30 anos de idade, e assim por diante. Esta constatação foi feita também na pesquisa *O Médico e seu Trabalho* (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004). Naquele estudo, o maior contingente de participantes situava-se nas faixas de até 15 anos de formado (48,2%), enquanto na pesquisa atual mais da metade dos entrevistados (54%) tem de 21 a 40 anos de exercício profissional desde a formatura, quase todos na faixa de 45 a 59 anos de idade (91,6%).

Os homens predominam com larga vantagem nas faixas de maior tempo de graduação, mas dividem meio a meio com as mulheres médicas os segmentos mais jovens. Assim, entre os que têm até 20 anos de formado, 46,8% são do sexo feminino, porcentagem que cai a 30% na faixa de 21 a 40 anos e chega a 8,5% entre os que têm mais de 41 anos de formado.

Os participantes deste estudo nas faixas de 21 a 40 anos de formados são mais da metade em todas as Regiões do País, principalmente no Norte e Nordeste. Em Alagoas e na Paraíba, atingem as maiores porcentagens, com 64,8% e 64,5%, respectivamente. No Norte, destaca-se o estado do Pará, somando 60,9%, mas as exceções também estão nesta Região, onde aqueles com menos de 21 anos de formados são maioria no Tocantins (52,6%) e no Acre (51,3%).

As doze principais Instituições de Ensino Superior (IES) formadoras dos médicos que responderam ao questionário são universidades federais, com exceção da Universidade de Pernambuco (estadual). A distribuição destas universidades revela que metade delas é do Nordeste (federais de Pernambuco, Ceará, Bahia, Paraíba e Sergipe, além da estadual de Pernambuco), duas são do Sudeste (federais de Minas Gerais e do Rio de Janeiro), duas do Sul (federais do Rio Grande do Sul e do Paraná), uma da região Norte (Federal do Pará)

e uma do Centro-Oeste (Federal de Goiás). Estas IES respondem por mais de um terço dos que participaram do estudo (37,2%). Os médicos formados em faculdades estrangeiras representam apenas 1,2% do total de entrevistados.

Aqui também se percebem diferenças em relação à pesquisa passada (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004). Naquele estudo, das doze principais IES formadoras seis eram da região Sudeste, cinco do Nordeste e uma do Sul, a Universidade Federal do Paraná. No Sudeste apareciam a USP e a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), além da Universidade Federal de Juiz de Fora (Minas Gerais) e uma IES privada (Universidade Severino Sombra, do Rio de Janeiro). A participação de médicos da região Sudeste naquela pesquisa representou mais da metade do total, com destaque para São Paulo. Pode-se depreender que a distribuição atual reflete a participação mais eqüitativa entre as Regiões.

A relação das doze especialidades mais citadas pelos respondentes é praticamente a mesma da pesquisa anterior, com exceção da Oftalmologia, aqui citada por 4,1% e que não figurava previamente (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004). Por outro lado, naquela lista aparecia a Urologia, com 5,1% das opções à época. Estas doze especialidades concentram cerca de 70% do total de participantes, percentual um pouco maior que o da pesquisa prévia (65%).

A Clínica Médica, a Pediatria e a Ginecologia/Obstetrícia lideram as escolhas em ambos os sexos, porém em ordem diferente: as mulheres médicas entrevistadas são em sua maioria pediatras (20,6%), seguidas das ginecologistas/obstetras (14,0%); os homens pesquisados optaram majoritariamente pela Clínica Médica (17,9%), tendo como segunda opção a Ginecologia/Obstetrícia.

As doze especialidades listadas na Tabela 10 foram apontadas por 72,9% das mulheres e 70,2% dos homens que participaram do estudo. Além das três mais frequentes, as demais também diferem

muito entre os sexos. Assim, as mulheres apontam na seqüência sua preferência pela Dermatologia (5,2%), a Medicina de Família e Comunidade (4,0%) e a Psiquiatria (3,9%), enquanto os homens se dedicam mais à Cirurgia Geral (6,0%), à Ortopedia e Traumatologia (5,2%) e à Cardiologia (5,1%).

A Clínica Médica é a especialidade principal para 21,1% dos médicos com menos de 35 anos, ou até dez anos de formados, e também para os mais velhos: 16,4% daqueles entre 45 e 59 anos (de 21 a 40 anos de formados), e 20,2% para os maiores de 60 anos, ou com mais de 40 anos de graduação. Este grupo dos mais experientes na profissão tem como segunda escolha a Ginecologia/Obstetrícia (13,3%), seguida da Pediatria (10,0%), da Psiquiatria (5,4%) e da Oftalmologia (4,0%).

O segmento mais numeroso entre os que responderam a pesquisa – aqueles entre 21 e 40 anos de graduação – tem como segunda escolha a Pediatria (12,7%), acompanhada de perto da Ginecologia/Obstetrícia (12,3%). As opções seguintes são a Cardiologia (4,7%) e a Cirurgia Geral (4,1%), e em posições também destacadas estão a Ortopedia e Traumatologia (3,7%), a Medicina do Trabalho e a Psiquiatria (ambas com 3,5%).

A Pediatria predomina entre os médicos na faixa dos 11 a 20 anos de formados (14,4%), seguida da Ginecologia/Obstetrícia (11,5%), ficando em terceiro lugar a Clínica Médica (10,8%). Estes médicos, em geral na faixa de 35 a 44 anos de idade e que se teriam formado na década de 1990, deixaram a preferência pela Clínica Médica e ampliaram suas escolhas para outras especialidades, como a Oftalmologia (4,8%), a Cardiologia (4,6%) e a Anestesiologia (4,1%).

A segunda metade da década de 1980 e a seguinte marcaram o apogeu da crise do Sistema Público de Saúde, acompanhado do “boom” dos Planos Privados de Saúde, o que pode ter relação com

as escolhas. No entanto, é interessante notar que o segmento mais jovem recoloca a Clínica Médica como primeira opção, estendendo suas escolhas para especialidades como a Medicina de Família e Comunidade (5,1%), a Cirurgia Geral e a Dermatologia (ambas com 4,8%), registrando também que a Oftalmologia permanece em quarto lugar (5,8%).

As doze especialidades relacionadas na Tabela 10 contemplam exatos 72,3% dos respondentes de todas as faixas etárias, exceto o grupo de 35 a 44 anos. Neste segmento a lista representa as escolhas de 68,1%.

A Clínica Médica também é a especialidade mais referenciada pelos participantes das regiões Norte (27,5%), Nordeste (26,0%), Centro-Oeste (23,5%) e Sul (21,5%), perdendo apenas na região Sudeste (18,2%) para a Pediatria, escolhida por 20,4%. Esta surge em segundo lugar no Centro-Oeste (17,2%), e a Ginecologia/Obstetrícia ocupa esta posição nas demais Regiões: Norte (17,2%), Nordeste (16,7%) e Sul (17,7%).

Minas Gerais é o único estado do Sudeste que acompanha tendência nacional, e a Clínica Médica prevalece como a primeira opção para a maioria dos respondentes. No Norte do País, o Amapá tem pediatras e clínicos na mesma proporção; Roraima não acompanha a média da Região e tem mais pediatras, assim como o Distrito Federal em relação ao Centro-Oeste.

## 7.2. DESEMPREGO E SITUAÇÃO LABORAL ATUAL

Neste primeiro conjunto de quatro quesitos sobre o mercado de trabalho procurou-se conhecer a situação dos médicos que responderam ao questionário no tocante ao desemprego, em algum momento de sua carreira, bem como sua condição laboral atual, fatores inegavelmente relacionados ao bem-estar físico e mental de qualquer

indivíduo. Ainda neste conjunto, pode-se identificar a distribuição geográfica dos participantes, tendo-se como base a Região onde os médicos exercem seu ofício. A Tabela 11 a seguir mostra um resumo do que foi apurado.

**TABELA 11. MÉDICOS PARTICIPANTES SEGUNDO DESEMPREGO, SITUAÇÃO LABORAL ATUAL E REGIÃO.**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>NÍVEIS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Desde que se formou, esteve desempregado?	Não	7050	93,0
	Sim	529	7,0
Tempo em anos	Até 1 ano	125	43,4
	2 anos	56	19,4
	3 anos	25	8,7
	4 anos	17	5,9
	5 anos	10	3,5
	Mais de 6 anos	55	19,1
	Menos de um ano	Até 1 mês	20
2 meses		40	13,7
3 meses		52	17,7
4 meses		28	9,6
5 meses		11	3,8
De 6 a 11 meses		142	48,5
Qual sua situação laboral atual?	Empregado	6566	86,6
	Desempregado	12	0,2
	Abandonou a profissão	13	0,2
	Aposentado	280	3,7
	Afastado temporariamente	44	0,6
	Outra	663	8,7

Em qual Região exerce a Medicina?	Norte	779	10,1
	Nordeste	2250	29,3
	Centro-Oeste	1085	14,1
	Sudeste	2055	26,7
	Sul	1521	19,8

**Notas:** **F** = *Freqüência*; **%** = *Percentual em função das respostas válidas*.

Na pesquisa *O Médico e o seu Trabalho* (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004), constatou-se que o percentual de médicos desempregados era irrisório (0,8%), concluindo-se que este grave problema – que afeta milhões de trabalhadores brasileiros – não ocorre de modo significativo no meio médico. No presente estudo, a primeira pergunta foi elaborada com o intuito de saber se, em algum momento de sua vida profissional (desde a formatura), o participante sofreu com o desemprego. A imensa maioria respondeu negativamente (93%), corroborando o resultado da pesquisa anterior.

Entre os que sofreram alguma vez com o desemprego, as mulheres médicas foram as mais afetadas (7,9% contra 6,4% dos homens), assim como os mais jovens: na faixa de até 27 anos atingiu 11,1%, e entre aqueles de 28 a 29 anos chegou a 9,2%.

A maioria dos que viveram sem emprego em algum momento não ultrapassou o período de dois anos (62,8%), mas aqueles que não atingiram um ano sem trabalho declararam majoritariamente um período superior a seis meses (48,5%).

A pesquisa não procurou aprofundar as causas do desemprego declarado, mas pode-se cogitar que, em se tratando de jovens recém-formados e principalmente mulheres, muitas razões existem para um possível atraso no exercício da profissão, como casamento, filhos etc. No entanto, mulheres jovens lançando-se no mercado de trabalho e enfrentando o desemprego pode sugerir uma preocupação acerca da

discriminação contra as mulheres. Nada se conclui a respeito com esta pesquisa (não estava entre seus objetivos), mas este fato certamente instigará novos estudos sobre o mercado de trabalho médico.

A distribuição geográfica dos respondentes revela, como demonstrado anteriormente, expressivos contingentes das regiões Nordeste e Sudeste e participação menos acentuada dos médicos do Norte. O desemprego em algum momento na vida profissional atingiu principalmente médicos das regiões Norte (8,6%) e Nordeste (7,9%), e foi menos freqüente entre os pesquisados do Centro-Oeste e Sudeste (ambos com 6%). No Sul, a porcentagem também está um pouco abaixo da média nacional (6,6%).

Quanto à situação laboral atual, a pergunta ofereceu seis opções de respostas diretas: *empregado*, *desempregado*, *abandono da profissão*, *afastado temporariamente*, *aposentado* e *outra*. Na pesquisa *O Médico e seu Trabalho* (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004) a pergunta foi dividida em duas: identificaram-se inicialmente as condições de *ativo*, *desempregado* e *inativo* e, em seguida, “dissecaram-se” as *condições de inatividade* (*aposentado*, *afastado temporariamente* e *abandono*). Não havia a opção “outra”.

Para possibilitar comparações, consideram-se igualmente as opções *aposentado*, *afastado temporariamente* e *abandono* como *condições de inativo*, permitindo comparar os resultados das duas pesquisas. Nesta condição (de inatividade) estavam 0,9% dos entrevistados em 2004, sendo que os *aposentados* e os *afastados temporariamente* exibiam o mesmo percentual (0,4%), e os que *abandonaram a profissão* somavam apenas 0,1%. Na pesquisa atual os inativos somam 4,5%, registrando-se uma participação de *aposentados* bem maior que a anterior (3,7%). Os *desempregados* totalizavam 0,8% em 2004, índice maior que o atual (0,2%).

Em relação aos médicos em atividade, há que considerar a opção “outra” no questionário desta pesquisa: vários responden-

tes assinalaram ao lado desta opção a condição de *proprietários de serviços médicos* (clínicas, hospitais etc.), não se classificando como “empregado”. Por outro lado, as condições possíveis de inatividade estão contempladas nas três opções analisadas no parágrafo anterior, tendo inclusive como referência a pesquisa de 2004. Portanto, é lícito considerar a opção “outra” como associada à atividade profissional. Sendo assim, observa-se que 95,3% dos participantes estão ativos, índice um pouco inferior ao da pesquisa passada (98,3%).

Há mais mulheres médicas em atividade (97%) do que homens (94,5%); destes, 9,7% registraram a opção “outra”, contra 7,1% de mulheres. Por outro lado, os aposentados do sexo masculino somam 4,6%, enquanto as do sexo feminino são 2%, certamente resultado da predominância dos homens nas faixas etárias mais avançadas. O *desemprego* e o *abandono* da profissão registram porcentagens insígnificantes para ambos os sexos, assim como o *afastamento temporário*, assinalado por 0,8% das mulheres e 0,5% dos homens.

Não há desemprego nas faixas etárias mais jovens (até 29 anos), e o índice de atividade atinge 99,5% nas faixas de 30 a 39 anos. Os recém-formados com até 27 anos registram o maior percentual de afastamentos temporários (2,4%). A opção “outra” predominou nas faixas etárias maiores de 50 anos (média de 15% das respostas), mas é expressiva também entre aqueles com menos de 27 anos (7,5%).

Por óbvio, os *aposentados* estão em maior número entre os mais velhos e somam 15,1% na faixa de 60 a 69 anos; no entanto, chama a atenção o fato de apenas 50,7% dos que possuem 70 anos ou mais estarem aposentados, confirmando mais uma vez a tendência do “adiamento” da aposentadoria pelos médicos – constatada na pesquisa anterior e certamente relacionada à queda do padrão de vida nesta fase sensível da existência. Com efeito, não há desempre-

go relatado nesta faixa, e 32,1% afirmam estar empregados e 17,2% indicam “outra” situação laboral.

Distribuídos pelas Regiões, os médicos do Norte compõem o maior percentual dos que estão em atividade (97,5%), o menor índice de aposentados (1,8%) e não há desemprego registrado. Nas demais, o desemprego é igual à média nacional (0,2%). O menor índice de atividade está na região Nordeste (94,7%), que também registra o maior percentual de aposentados (4,4%). Nas outras três Regiões o quantitativo de médicos exercendo alguma atividade corresponde a 95,4%, e o percentual de aposentados entre os respondentes é, em média, de 3,7%. No Sul, encontra-se a maior porcentagem dos que assinalaram a opção “outra” (12,5%), e a menor está na região Norte (5,3%).

### 7.3. EFETIVO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO

Considerando aqueles profissionais em pleno exercício da Medicina, procurou-se neste bloco de perguntas conhecer mais detalhadamente quais são estas atividades e o quanto demandam suas energias. Iniciando-se pelo local de trabalho, foram oferecidas ao médico oito opções sem limitar o número de respostas, ou seja, o profissional deveria indicar um ou mais locais onde exerce seu ofício; a seguir, perguntou-se sobre o número total de atividades e, considerando-se todas elas, quantas horas por semana ele costuma trabalhar; se trabalha em regime de plantão e, caso positivo, quantas horas semanais neste regime; se trabalha em setores de urgência e emergência e se utiliza equipamentos de proteção individual (EPI), especificando-os. Finalmente, considerando todas as atividades desempenhadas no âmbito da profissão, perguntou-se qual a renda mensal aproximada, em Reais.

Neste estudo, as perguntas diretamente relacionadas ao dia-a-dia de trabalho do médico objetivaram dimensionar o seu nível de envolvimento com a profissão, como a variedade de locais onde atua, o total de horas dedicadas e os diversos tipos de atividade que exerce, reunindo elementos capazes de indicar em que medida estes e outros fatores influenciam, ou não, a sua saúde. Na pesquisa passada, constatou-se que 65,4% dos participantes estavam satisfeitos com a especialidade que escolheram, e 58,4% deles consideravam a atividade profissional desgastante (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004); na mesma oportunidade foi citada a tese de Holland (1997), segundo a qual a avaliação que o indivíduo faz de suas escolhas e atividade laboral tem impacto direto na sua vida pessoal. Sustentando esta tese, as informações detalhadas a seguir ajudarão a compreender melhor o mundo do trabalho dos participantes da pesquisa e como este afeta suas vidas. Na Tabela 12, apresentam-se os resultados obtidos.

**TABELA 12. MÉDICOS PARTICIPANTES SEGUNDO LOCAL ONDE ATUAM, ATIVIDADES, CARGA HORÁRIA E RENDA.**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>NÍVEIS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Onde exerce sua ocupação?</b>	Hospital	4427	57,5
	Posto de Saúde	2080	27,0
	Ambulatório	1267	16,5
	Clínica particular	2805	36,4
	Empresa privada	771	10,0
	Ensino	678	8,8
	Consultório	3290	42,7
	Outro lugar	818	10,6

<b>Quantas atividades você exerce?</b>	Uma	2085	29,0
	Duas	2196	30,6
	Três	1624	22,6
	Quatro	778	10,8
	Cinco	340	4,7
	Seis ou mais	158	2,2
<b>Quantas horas/semana você trabalha?</b>	Até 20 horas	801	10,8
	De 21 a 40 horas	2083	28,1
	De 41 a 60 horas	2926	39,5
	De 61 a 100 horas	1494	20,2
	Mais de 100 horas	108	1,5
<b>Trabalha em regime de plantão?</b>	Não	4207	55,5
	Sim	3377	44,5
<b>Quantas horas/semana em plantão?</b>	Até 12 horas	725	22,5
	De 12 a 24 horas	1140	35,3
	De 25 a 48 horas	955	29,6
	De 49 a 72 horas	279	8,7
	Mais de 72 horas	126	3,9
<b>Trabalha em urgência/emergência?</b>	Não	4313	57,1
	Sim	3246	42,9
<b>Usa Equipamento de Proteção Individual (EPI)?</b>	Não	2356	31,1
	Sim	5221	68,9
<b>Que tipo de equipamento (EPI)?</b>	Luvas	4320	56,1
	Óculos	2010	26,1
	Máscara	2969	38,6
	Jaleco	3916	50,9
	Avental	2162	28,1
	Outros	223	2,9

	Ate 500 Reais	3	,0
	De 501 a 1000 Reais	16	,2
	De 1001 a 2000 Reais	161	2,2
<b>Renda mensal aproximada, em Reais</b>	De 2001 a 3000 Reais	269	3,6
	De 3001 a 4000 Reais	540	7,3
	De 4001 a 5000 Reais	889	11,9
	De 5001 a 6000 Reais	798	10,7
	De 6001 a 7000 Reais	627	8,4
	Mais de 7001 Reais	4145	55,7

**Notas:** **F** = *Frequência*; % = *Percentual em função das respostas válidas*.

Os médicos que responderam à pesquisa trabalham predominantemente em hospitais (57,5%), resultado semelhante ao da pesquisa anterior (média de 65%, entre setores público, privado e filantrópico; CARNEIRO e GOUVEIA, 2004). O mesmo observa-se em relação aos que exercem atividades ambulatoriais (16,5%), que naquela pesquisa totalizavam 20%, em média, nos três setores estudados. Registra-se neste estudo um maior número dos que atuam em Postos de Saúde (27%) em comparação com o de 2004 (14,3%), tendo-se em conta que este tipo de instituição é eminentemente pública, fato que pode estar vinculado ao crescimento do Programa Saúde da Família em todo o País.

Os que exercem atividades no setor privado somam 46,4%, sejam proprietários ou empregados de clínicas particulares ou empresas. Na pesquisa anterior foram 53,8% os que declararam genericamente exercer atividade neste setor, lembrando que cerca de 20% diziam trabalhar em instituições filantrópicas (também consideradas por muitos como integrantes do setor privado). A atividade em consultório foi declarada por 42,7%, porcentagem bem inferior àquela de 2004 (67%); e os que afirmaram atuar no ensino médico foram

menos da metade dos participantes daquela pesquisa (8,8% contra 18,9%, respectivamente).

## 7.4. NÚMERO DE ATIVIDADES, JORNADA DE TRABALHO E RENDA

Os que exercem até três atividades em Medicina somam 82,2%, e eles eram 71,8% no estudo anterior. Uma única atividade é privilégio para 29% dos participantes, percentual mais elevado que o da pesquisa prévia (17,5%). Por outro lado, os que têm mais de quatro atividades totalizam 6,9%, percentual bem inferior quando comparado com aquele estudo (eram 28,2% em 2004), com destaque para os 2,2% que declararam seis ou mais (no estudo anterior o percentual foi quase o dobro do atual: 4,1%; Carneiro e Gouveia, 2004).

Os que têm até três atividades são 83,5% das mulheres e 81,5% dos homens, e totalizam 85,8% dos médicos com mais de 45 anos de idade. Os mais jovens com até três atividades também são maioria (77,1%), mas são os integrantes desta faixa etária que exibem maior percentual de quatro ou mais atividades (22,9%, contra 14,2% entre os mais velhos). Na distribuição regional, aqueles com até três atividades são 85,3% na região Norte e 84,1% no Centro-Oeste; mantêm a média nacional no Sul (82,2%) e Sudeste (82,3%) e somam um pouco menos no Nordeste (80,2%).

Parece haver uma relação entre o número de atividades e a renda mensal. Assim, quase todos aqueles que ganham até dois mil Reais por mês exercem, no máximo, três atividades (98,8%), sendo que cerca de 60% deles têm apenas uma. Dos que recebem de R\$ 2.001,00 a R\$ 4.000,00 por mês, 90,5% têm até três atividades, e apenas 34,9% atuam em um único local. Dos que ganham mais de R\$ 4.000,00s mensais, são 80,6% os que afirmaram ter até três atividades, e só 27,5% declararam uma única.

É coerente, portanto, a constatação de que 39,5% destes médicos trabalham de 41 a 60 horas semanais, jornada bem acima do padrão de um trabalhador regido pela CLT e enquadrado no limite legal de 44 horas de trabalho por semana. É comprovado que os médicos são obrigados a trabalhar muito para conseguir sustentar um padrão de vida razoável, observando-se que cerca de um quinto dos participantes dedica-se de 61 a 100 horas ao seu mister. O impacto desta sobrecarga em sua saúde deve ser considerado.

A jornada de trabalho de 41 a 60 horas semanal é cumprida por 40,6% dos homens e 37,6% das mulheres que participaram do estudo. Entre os homens, a jornada de 61 a 100 horas foi informada por 22,8%, contra apenas 15,7% das mulheres. Por outro lado, estas estão mais presentes entre os que dedicam 21 a 40 horas por semana ao trabalho (34,5% contra 24,3% dos homens).

Os médicos mais jovens têm a jornada de trabalho maior. No grupo dos que têm menos de 45 anos, 41,8% trabalham de 41 a 60 horas por semana e 26,5% declararam trabalhar de 61 a 100 horas; entre aqueles com mais de 45 anos, estes percentuais são 37,9% e 15,9%, respectivamente. Em contrapartida, somente 23,5% dos mais jovens dedicam de 21 a 40 horas por semana ao trabalho médico, contra 31,2% dos mais velhos.

A maioria trabalha de 41 a 60 horas por semana em todas as Regiões, mas este grupo é maior no Sul (43,2%) e Sudeste (42,2%). No Centro-Oeste eles somam 37,6%, e registram percentuais semelhantes no Norte (36,6%) e Nordeste (36,3%). Por outro lado, é nestas duas Regiões que se encontram as maiores porcentagens dos que trabalham de 61 a 100 horas semanais (22,8% e 21,8%, respectivamente), embora os médicos do Centro-Oeste exibam o mesmo percentual encontrado no Nordeste para esta jornada (21,8%). Os menores contingentes com esta sobrecarga de trabalho estão no Sudeste (18,9%) e Sul (16,9%).

Segundo os participantes do estudo, para alcançar a renda mensal acima de R\$ 4.000,00 a maioria trabalha de 41 a 60 horas semanais (41,4%); os que trabalham de 21 a 40 horas e alcançam este rendimento são 25,7%, e os que dedicam de 61 a 100 horas por semana para atingi-lo são 21,5%. Para o segmento majoritário desta pesquisa – aqueles que ganham mais de R\$ 7.000,00 – são 43% os que dedicam de 41 a 60 horas por semana para garantir esta renda mensal. Dos que obtêm de R\$ 2.001,00 a R\$ 4.000,00 mensais, 47,2% exercem 21 a 40 horas semanais de trabalho médico, e 28,1% atuam 41 a 60 horas por semana. Entre os que ganham menos de dois mil Reais por mês, 28% trabalham de 21 a 40 horas semanais, enquanto 25,1% o fazem de 41 a 60 horas.

Como visto anteriormente, os médicos têm uma jornada semanal de trabalho bastante sobrecarregada para tentar manter uma remuneração adequada. A renda mensal é um importante fator de tranquilidade, embora não tenha o condão de eliminar as vicissitudes inerentes à profissão. Na maioria das vezes, os médicos mobilizam-se por melhoria das condições de trabalho, nem sempre incorporam uma melhor remuneração entre as suas reivindicações. Ocorre que, quando as condições de trabalho são adequadas, gratificam sobremaneira o trabalho do médico, aliviando o estresse e permitindo bons resultados no atendimento à população, embora não haja ilusões quanto à necessidade de uma renda mensal que permita, ao menos, a satisfação de suas necessidades elementares.

Esta pesquisa revelou que mais da metade dos participantes tem uma renda mensal superior a sete mil Reais (55,7%). Em *O Médico e seu Trabalho* (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004), a maioria (51,5%) declarou rendimentos mensais de até dois mil dólares, o que em valores atuais corresponderiam a R\$ 4.120,00<sup>1</sup>. Um dólar, à época, era cotado a três Reais, mas mesmo considerando aquele câmbio

---

<sup>1</sup> O câmbio, em 23 de março de 2007, estava de 1 dólar para 2,06 reais.

o valor informado pela maioria dos entrevistados estaria inferior ao patamar atual. São universos distintos, nas duas pesquisas, conforme vimos no início deste capítulo. São poucos os que informaram renda mensal inferior a dois mil Reais (2,4%). Os que ganham entre dois e cinco mil Reais formam o segundo maior contingente, representados por 22,8% dos respondentes, seguidos daqueles que recebem entre cinco e sete mil reais por mês (19,1%).

Algumas informações são reveladoras no tocante a renda mensal. O total de mulheres médicas que recebe mais de sete mil Reais são 34,8%, contra 68% dos homens. Por outro lado, elas somam 37,4% no segmento que ganha entre dois e cinco mil Reais por mês, enquanto os homens somam apenas 14%. As que recebem menos de dois mil Reais mensais são 3,9%, mais que o dobro dos homens na mesma faixa (1,5%). Por fim, o segmento que ganha entre cinco e sete mil Reais é representado por 23,7% de mulheres, contra apenas 16,5% dos médicos.

Há diferenças também quando se considera a idade: embora majoritariamente todos estejam situados na faixa superior de renda, os médicos com mais de 45 anos de idade (ou mais de 20 anos de formado) concentram-se em maioria absoluta entre os que recebem mais de sete mil Reais (62%), enquanto os mais jovens (menos de 45 anos, ou menos de 20 anos de graduação) somam 46,5% nesta faixa.

O número de médicos mais jovens que recebem menos de dois mil Reais por mês é o triplo de mais velhos (4% e 1,3%, respectivamente), mas é necessário ressaltar que neste segmento estão os recém-formados e os residentes, que recebem bolsa nesta faixa de renda. Aqueles com mais de 20 anos de formado estão em igual número nos segmentos intermediários (18,2%), enquanto os mais jovens totalizam 28,9% com rendimentos mensais de dois a cinco mil Reais, e 20,6% recebendo entre cinco e sete mil Reais.

Considerando-se a situação atual de trabalho (no momento da pesquisa), a grande maioria definida como “empregada” distribuiu-se nas faixas de renda como apresentado na Tabela 12. O maior contingente de aposentados que respondeu ao questionário informou receber mais de sete mil Reais mensais (49,2%); no entanto, 27,1% recebem entre dois e cinco mil Reais, e 4,1% ganham menos de dois mil Reais por mês, quase o dobro dos que estão empregados na mesma faixa (2,1%). Aqueles que definiram sua situação laboral como “outra” (proprietários de clínicas, hospitais etc.) estão em maioria absoluta no segmento que recebe mais de sete mil Reais por mês (64,6%).

Quanto à distribuição regional, dois terços dos médicos do Norte e Centro-Oeste percebem mais de sete mil Reais mensais (68,5% e 66,9%, respectivamente), percentuais não alcançados pelo grupo majoritário que se encontra nesta faixa na região Sul (58,1%), e menos ainda pelos do Sudeste (51,1%) e Nordeste (48,3%). Por outro lado, estas Regiões têm os maiores contingentes dos que recebem entre dois e cinco mil Reais, acima da média nacional (27,2% e 25,8%, respectivamente), embora no Nordeste seja expressivo o grupo que declarou receber entre cinco e sete mil Reais (23,9%), também superior à média verificada na pesquisa.

Finalmente, pode-se constatar ainda a relação entre a renda mensal declarada e as principais especialidades médicas. Quatro delas superam em muito a média dos que ganham mais de sete mil Reais: a Ortopedia e Traumatologia lidera o *ranking* com 72,5% dos seus percebendo esta remuneração mensal, seguida da Cardiologia, com 72,3%; a Anestesiologia e a Cirurgia Geral completam a seqüência, com 69,3% e 69%, respectivamente, dos médicos que nelas atuam situados nesta faixa de renda. No outro extremo está a Medicina de Família e Comunidade, cujos integrantes recebem majoritariamente na faixa de dois a cinco mil Reais por mês (44,2%). Trata-se

de uma especialidade intrinsecamente ligada ao Serviço Público de Saúde, em que o médico trabalha fundamentalmente com a população mais carente, o que dá uma real dimensão da (des) valorização do trabalho médico promovida pelo Estado.

Em situação não muito diferente está a Pediatria, com seus médicos divididos entre os que recebem remuneração mensal superior a sete mil Reais (39,5%) e os que ganham entre dois e cinco mil Reais mensais (32,6%). Por fim, a Clínica Médica concentra 44,7% de seus especialistas na faixa de renda superior, enquanto 28% deles amargam uma remuneração mensal restrita à faixa de dois a cinco mil Reais.

## 7.5. PLANTÃO, URGÊNCIA / EMERGÊNCIA E EPIs

O trabalho em atendimento às urgências e emergências em geral é realizado em regime de plantão, mas não obrigatoriamente. Além disso, é importante ressaltar que o plantão médico pode ser exercido por meio de modalidades distintas, como presente no local ou de sobreaviso, tema abordado na pesquisa anterior. Seja como for, estas duas atividades laborais são reconhecidas no meio médico como muito desgastantes, não só pelo estresse inerente às suas peculiaridades, mas também pelas péssimas condições de trabalho encontradas em algumas Unidades de Saúde, alçando-as nesses casos à condição principal do desgaste.

Na pesquisa *O Médico e seu Trabalho* (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004), a maioria dos entrevistados declarou não atuar em regime de plantão (51,8%), porcentagem um pouco menor do que a atual (55,5%). Naquele estudo, mais da metade dos participantes que davam plantão informou dedicar de 12 a 24 horas semanais a este regime de trabalho (54,5%); na presente pesquisa, esta é a carga horária também informada pela maioria, porém num percentual me-

nor (35,3%). Uma das razões pode estar na observação de que é maior a porcentagem dos que dedicam até 12 horas por semana ao plantão nesta pesquisa (22,5%, contra apenas 4,1% em 2004). Não há diferenças significativas entre os percentuais das demais jornadas semanais de plantão entre as duas pesquisas. O grupo que afirmou atuar em urgências/emergências (42,9%) é semelhante àquele que respondeu positivamente quanto ao regime de plantão.

O plantão é exercido por 41,6% das mulheres e 46,3% dos homens. Entretanto, mais da metade dos entrevistados na faixa de até 15 anos de formado trabalha neste regime (60%, em média), chegando a 70,4% quando considerados aqueles com até cinco anos de graduação. O percentual de mulheres que atua em urgências / emergências (37,0%) é menor que o de plantonistas (41,6%), embora o de homens seja o mesmo (46,4%). Também mais da metade dos que têm até 15 anos de formado (menos de 40 anos de idade) atuam neste setor (56,8%, em média), percentual que chega a 65,6% entre aqueles com até cinco anos de formado (menos de 30 anos de idade).

Acima da média do contingente de plantonistas apurado nesta pesquisa (44,5%) estão os médicos da região Norte (50,5%), do Centro-Oeste (47,2%) e do Nordeste (47%). Os das regiões Sul e Sudeste são menos afeitos a este regime de trabalho (42,6% e 39,6%, respectivamente). As Regiões com maiores contingentes de médicos que atuam em urgências / emergências são as mesmas referidas para os plantões: o Norte lidera o *ranking* com 49,7%, seguido do Centro-Oeste (46,3%) e Nordeste (44%). O Sul e Sudeste ostentam menos ativistas no setor (41,3% e 38,7%, respectivamente).

A renda mensal pode ser afetada pela atividade de plantão. Os que recebem mais de R\$ 7.000,00 e trabalham neste regime são 45,8%; acima da média de plantonistas estão os que ganham de R\$ 5.001,00 a R\$ 7.000,00 (47,6%), e principalmente aqueles que re-

cebem de R\$ 1.001,00 a R\$ 2.000,00 (55,3%). Os que declararam rendimento nas faixas de R\$ 2.001,00 a R\$ 5.000,00 possuem um contingente menos dedicado aos plantões (38,8%, em média). A distribuição dos que atuam em urgências e emergências de acordo com os rendimentos mensais é praticamente a mesma daquela registrada para o regime de plantão.

O uso de equipamentos de proteção individual (EPI) está absolutamente integrado à prática médica. Refletem o cuidado com a própria saúde e, principalmente, com a saúde de seus pacientes. Para citar um exemplo, as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar têm exercido importante papel na conscientização dos profissionais de Saúde – e em especial, dos médicos – na boa prática do uso destes equipamentos e de outras ações indispensáveis à prevenção das infecções hospitalares. Aproximadamente 70% dos participantes da pesquisa indicaram utilizar equipamentos de proteção. Os mais comuns – as luvas e o jaleco – são citados pela maioria. Os demais, por óbvio, estão relacionados ao tipo de atividade que o médico exerce, em geral ligado à especialidade de sua escolha.

Em resumo, a maioria dos participantes desta pesquisa situa-se na faixa de 21 a 40 anos de formado, as principais Instituições formadoras estão distribuídas pelas diversas regiões do País e a Clínica Médica foi recolocada como especialidade de primeira opção pelos mais jovens. O desemprego em algum momento da vida profissional atingiu principalmente as mulheres e os jovens, mas na situação laboral atual dos médicos ele é insignificante. Entre os que contam mais de 70 anos, apenas metade estão aposentados, o que sugere mais uma vez um “adiamento” das aposentadorias em função da baixa remuneração. O contingente de aposentados que ganha até dois mil Reais mensais é quase o dobro dos que estão em atividade e recebem nesta mesma faixa. A maioria continua exercendo até três atividades, mas cerca de um quinto dos médicos dedica-se de 61 a

100 horas por semana à Medicina em busca de melhor remuneração, cujo impacto sobre a saúde deve ser considerado. A maioria dos respondentes ganha mais de sete mil Reais mensais, e a Ortopedia/Traumatologia e a Cardiologia são as especialidades daqueles com melhor remuneração.

# CAPÍTULO 8

## INDICADORES DE SAÚDE MENTAL

Munir Massud  
Genário Alves Barbosa  
Valdiney V. Gouveia

## 8.1. A SINDROME DE *BURNOUT* ENTRE OS MEDICOS

Com o fim de identificar a presença do *burnout* entre os médicos que exercem o seu ofício no Brasil, identificando o estágio em que este se apresenta, decidiu-se seguir a recomendação de Maslach e Jackson (1986). Segundo o critério destes autores, consideram-se três níveis de *burnout* para cada uma de suas três dimensões: *baixo* (**B**; pessoas com pontuações abaixo do posto percentil 25), *médio* (**M**; quando as pontuações se situam entre os percentis 25 e 75, inclusos) e *alto* (**A**; pontuações superiores ao percentil 75). Consideram-se unicamente os níveis **M** (*médio*) e **A** (*alto*) em cada dimensão para indicar o grau com que a pessoa possa ser indicada como estando acometida por esta síndrome, conformando a classificação descrita na Tabela 13. Inicialmente, nesta tabela são descritos os índices de consistência interna (Alfa de Cronbach,  $\alpha$ ) para cada dimensão e suas respectivas médias (**M**) e desvios-padrões (**DP**), e, finalmente, os estágios em que a Síndrome se apresenta, variando de menor (1) a maior (8) gravidade.

TABELA 13. CLASSIFICAÇÃO DO *BURNOUT* ENTRE OS MÉDICOS QUE ATUAM NO BRASIL

DIMENSÕES DO <i>BURNOUT</i>	DESCRIÇÃO			ESTÁGIOS							
	$\alpha$	M	DP	1	2	3	4	5	6	7	8
Exaustão emocional	0,90	2,62	0,78	M	M	M	A	M	A	A	A
Realização pessoal	0,82	2,03	0,54	M	M	A	M	A	M	A	A
Despersonalização	0,76	1,94	0,70	M	A	M	M	A	A	M	A
Pontuação total	0,92	2,35	0,56								
				18,9	5,6	4,4	4,9	3,6	4,4	4,4	10,6
				MODERADO				GRAVE			
				33,9				23,1			

Vale a pena destacar que o *Inventario de Burnout de Maslach* apresentou consistência interna bastante satisfatória, atendendo a

*rule of thumb* de Alfa de Cronbach igual ou superior a 0,70 (NUNNALLY, 1991). Estes coeficientes foram iguais e, na maioria dos casos, superiores àqueles encontrados nos manuais deste instrumento publicados na Espanha, nos Estados Unidos e na Holanda (ver BENEVIDES-PEREIRA, 2002), e nitidamente mais adequados dos que têm sido observados em estudos prévios no Brasil, quer com amostras de professores (CARLOTTO e CÂMARA, 2004) ou de profissionais da Saúde (MENEGAZ, 2004).

Quanto à pontuação média nas três dimensões, claramente a *exaustão emocional* parece caracterizar o *burnout* vivenciado pelos médicos do estudo ( $M = 2,62$ ), seguida da *baixa realização pessoal* ( $M = 2,03$ ) e, em menor medida, da *despersonalização* ( $M = 1,94$ ). Uma MANOVA para medidas repetidas indicou que estas pontuações se diferenciam estatisticamente entre si [ $\text{Lambda de Wilks} = 0,54$ ,  $F(2, 7.249) = 4.339,12$ ,  $p < 0,001$ ]. Estes resultados foram na mesma direção dos descritos por Tamayo, Argolo e Borges (2005), que consideraram respostas de diversos profissionais da Saúde, entre eles os médicos. Do mesmo modo, podem ser também corroborados com aqueles oferecidos por Borges, Argolo e Baker (2006), que consideraram profissionais de uma maternidade em Natal.

A Tabela 13 apresenta, ainda, informações acerca da porcentagem de médicos que se encontra em cada um dos estágios indicativos da presença do *burnout*, quer de forma *moderada* ou *grave*. Destacam-se alguns dados alarmantes. Comprova-se, por exemplo, que a maioria dos médicos apresenta algum grau preocupante de *burnout* (57%). Especificamente, 33,9% podem ser descritos como manifestando um *burnout moderado*, enquanto 23,1% se enquadram no que tem sido designado um nível *grave* desta síndrome. Portanto, ao menos 1 em cada 5 médicos tem vivenciado um esgotamento ou uma estafa resultante do exercício da sua profissão. Mais alarmante

é o fato de que 1 em cada 10 médicos se encontra no *estágio 8* (*burnout* extremo; 10,6%).

Os resultados antes descritos vão na direção daqueles observados por Glasber e cols. (2007) em uma amostra de 102 oncologistas que atuam no Brasil. Por exemplo, quando estes autores consideraram a presença grave das três dimensões (*exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização*), observaram uma prevalência de *burnout* de 7,8% (IC95%, 3,44% a 14,87%). Do mesmo modo, Tucunduva, Garcia, Prudente, Centofanti, De Douza, Monteiro, Vince, Samano, Gonçalves e Del Giglio (2006), em uma amostra nacional de 136 médicos cancerologistas, constataram que 15,6% dos participantes do seu estudo apresentaram a presença de níveis moderados ou graves de *burnout* nas três dimensões. Cabe assinalar que, nestes dois estudos, empregou-se a escala de resposta original do *MBI*, composto por sete pontos, variando de **0** a **6**.

Em resumo, parece evidente que o trabalho médico é esgotador, como refletido em recente obra do Conselho Federal de Medicina (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004). Os baixos salários, as expectativas frustradas, as horas incessantes de trabalho e plantões infundáveis, juntamente com a multiplicidade de atividades (ver *Capítulo 7. Formação Profissional e Mercado de Trabalho*), não poderia deixar os médicos imunes. Seu contexto laboral adverso revela-se na sintomatologia do *burnout* que acomete a maioria deles, como previamente descrito. Mas, seguramente não fica apenas nesse retrato nefasto do exercício da Medicina neste país; a própria síndrome, de acordo com o se descreveu no *Capítulo 2 (Bem-estar e Saúde Mental)*, supostamente tem implicações sobre a saúde dos médicos, e isso será tema de consideração a seguir, começando com uma descrição da fadiga, depressão e ansiedade (saúde geral) e ideação suicida.

## 8.2. SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS

### 8.2.1. EVIDÊNCIAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

O *Questionário de Saúde Geral* (GOLDBERG, 1972), em sua versão reduzida (*QSG-12*), tem sido amplamente empregado como um instrumento de triagem (*screening*) na detecção de transtornos psiquiátricos não-severos, isto é, não-psicóticos (GOUVEIA, CHAVES, OLIVEIRA, DIAS, GOUVEIA e ANDRADE, 2003). Embora possa servir como indicação da presença de *ansiedade*, *depressão* e *baixa auto-eficácia* (SARRIERA, SCHWARCZ e CÂMARA, 1996; SAUREL-CUBI-ZOLLES, ROMITO, ANCEL e LELONG, 2000), geralmente procura-se tratá-lo como unidimensional, com suas pontuações sendo interpretadas como indício de que o respondente sofre de algum distúrbio (uma desordem) mental (Ismail, Sloggett e De Stavola, 2000). Esta forma de considerar sua pontuação mostrou-se previamente pertinente no Brasil (BORGES e ARGOLO, 2002; GOUVEIA, CHAVES, OLIVEIRA, DIAS, GOUVEIA e ANDRADE, 2003).

O sistema de pontuação adotado por Goldberg (1972) implica que cada um dos 12 itens do *QSG-12* seja recodificado como **0** = *Ausência de distúrbio psiquiátrico* e **1** = *Presença de distúrbio psiquiátrico*. Por exemplo, o item 9 (*Tem-se sentido pouco feliz e deprimido?*) as respostas **1** (*Absolutamente, não*) e **2** (*Não mais que o de costume*) são recodificadas como **0**, enquanto as respostas **3** (*Um pouco mais do que o costume*) e **4** (*Muito mais que o costume*) recebem o valor **1**. Portanto, este instrumento resulta em uma pontuação que vai de **0** (ausência de distúrbio psiquiátrico) a **12** (distúrbio psiquiátrico exacerbado). Este autor recomenda que a pessoa que obtiver a pontuação igual ou superior a **2** ou **3** apresenta, provavelmente, distúrbios psiquiátricos merecedores de atenção. Estes pontos de corte (*cut-off*) têm sido amplamente empregados em estudos recentes em diversos países (HOEYMANS, GARSSSEN, WESTERT e VERHAAK, 2004; SAU-

REL-CUBIZOLLES, ROMITO, ANCEL e LELONG, 2000; SCARDOVI, RUCCI, GASK, BERARDI, LEGGIERI, CERONI e FERRARI, 2003; STALMAN, VAN ESSEN e VAN DER GRAAF, 2001), sendo adotados na presente pesquisa.

Na Tabela 14, são apresentadas a frequência e a porcentagem válida (excluindo os casos omissos, os participantes que não responderam; 188, 2,4%) de médicos que obtiveram cada uma das pontuações.

**TABELA 14. DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS ENTRE OS MÉDICOS**

Pontuação no QSG-12	Frequência	Porcentagem
0	2593	34,5
1	1037	13,8
2	714	9,5
3	615	8,2
4	527	7,0
5	457	6,1
6	396	5,3
7	306	4,1
8	257	3,4
9	210	2,8
10	153	2,0
11	130	1,7
12	117	1,6

Cabe, previamente, destacar que se observou um Alfa de Cronbach de 0,90 para a estrutura unidimensional desta medida, coerente com o que tem sido relatado em estudos prévios (BORGES e ARGOLLO, 2002; GOUVEIA, CHAVES, OLIVEIRA, DIAS, GOUVEIA e ANDRADE, 2003). De acordo com a Tabela 14, se for assumido o ponto de corte QSG-12  $\geq$  2 pontos, constata-se que 51,7% dos médicos da

pesquisa apresentam distúrbios psiquiátricos não-severos (não-psicóticos). Este quantitativo reduz-se Para 44% quando tomado em conta o ponto de corte de 3 ou mais pontos nesta medida. Portanto, quase a metade dos profissionais que exercem a Medicina no Brasil manifesta distúrbios psiquiátricos de considerável preocupação, os quais são associados, por exemplo, com a *ansiedade* e a *depressão*.

Embora não tenham sido encontrados previamente dados no Brasil sobre o quantitativo de médicos em termos destes pontos de corte, as porcentagens de *QSG-12 positivo*, isto é, de ao menos 2 ou 3 pontos, parecem preocupantes. Estão, por exemplo, bem acima daquelas observadas na população geral da Holanda (22,8%; HOEYMANS, GARSSSEN, WESTERT e VERHAAK, 2004) e Grã-Bretanha (24,6%; ISMAIL, SLOGGETT e DE STAVOLA, 2000). Goldberg e Ormel (1998) publicaram análises da prevalência de distúrbios psiquiátricos com base no *QSG-12*, considerando dados de cidades de 15 países, incluindo o Rio de Janeiro. No geral, encontraram uma prevalência de 19,5% de tais distúrbios, sendo que no Brasil esta foi algo superior (33,4%), porém bem abaixo dos valores observados na presente pesquisa.

Obviamente, não é possível afirmar de forma contundente que as porcentagens de prevalência observadas neste estudo são o resultado, exclusivo, do trabalho médico. Lembrando, os distúrbios psiquiátricos, como a *ansiedade* e a *depressão*, não se restringem ao contexto de trabalho, mas podem ser influenciados, também, por outras variáveis pessoais. Não obstante, é preciso pontuar que a presença destes distúrbios psiquiátricos se correlacionou direta e significativamente com o nível de *burnout* apresentado pelos médicos ( $r = 0,64, p < 0,001$ ), tendo sido preponderante o fator *exaustão emocional* ( $r = 0,65, p < 0,001$ ), seguido de *baixa realização pessoal* ( $r = 0,47, p < 0,001$ ) e, finalmente, *despersonalização* ( $r = 0,44, p < 0,001$ ). Esta última variável, sim, como se descreveu previamente

(Capítulo 2. Bem-estar e Saúde Mental), é mais provável que refleta o impacto de variáveis e contextos laborais. Portanto, poder-se-ia pensar que parcela dos distúrbios psiquiátricos experimentados por estes profissionais pode ser explicada pelo próprio exercício do seu ofício.

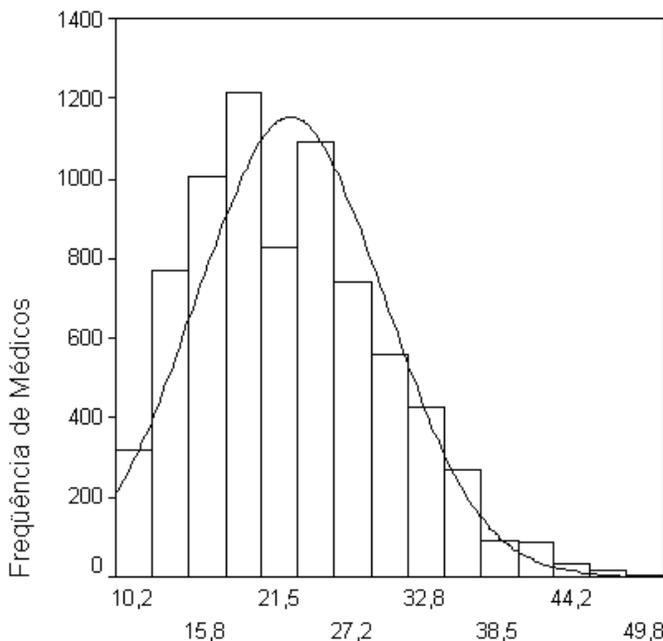
### 8.2.2. A SENSAÇÃO DE FADIGA

A medida de fadiga (*Escala de Avaliação da Fadiga*) reúne dez itens, formando uma dimensão geral. Esta mostrou-se bastante consistente, com Alfa de Cronbach de 0,91, equivalente ao que tem sido encontrado previamente (MICHELSON, DE VRIES e VAN HECK, 2003b; MICHELSEN, DE VRIES, VAN HECK, VAN DE VIJVER e SIJTSMA, 2004). Portanto, justifica-se somar todos os seus itens e contar com um indicador unívoco deste distúrbio psiquiátrico, cujas pontuações brutas neste instrumento variam teoricamente de 10 a 50, e que costuma acometer cerca de 20% dos trabalhadores (VAN DIJK e SWAEN, 2003). Embora a fadiga tenha algo em comum com o *burnout*, não são as mesmas coisas como já ficou evidenciado (HUIBERS, BEURSKENS, PRINS, KANT, BAZELMANS, VAN SCHAYCK, KNOTTNERUS e BLEIJENBERG, 2003).

Apesar de esta medida não apresentar claramente um ponto de corte a partir do qual afirmar que a pessoa apresenta fadiga, existem evidências na literatura acerca da média deste distúrbio apresentado. No que se refere à população geral, os estudos foram predominantemente realizados na Holanda, onde o instrumento considerado foi elaborado. Neste contexto, observam-se médias entre 19,1 ( $DP = 6,4$ ; MICHELSON, DE VRIES e VAN HECK, 2003a) e 19,8 ( $DP = 5,86$ ; MICHELSEN, DE VRIES, VAN HECK, VAN DE VIJVER e SIJTSMA, 2004). Porém, com amostras de pacientes com sarcoidose, as médias de fadiga têm estado entre 24,3 ( $DP = 8,1$ , estudo realizado na Croácia; MICHELSEN, DE VRIES, DRENT e PEROS-GOLUBICIC, 2005) e 29,3 ( $DP = 7,6$ , estudo realizado na Holanda; DE VRIES,

MICHIELSEN, VAN HECK e DRENT, 2004). Portanto, parece razoável tomar estes valores como referência para compreender a pontuação média dos médicos participantes do presente estudo. Na Figura 3, é apresentada a distribuição das pontuações (na parte inferior), considerando o número de médicos que as obtiveram (lateral esquerda).

FIGURA 3. DISTRIBUIÇÃO DA FADIGA ENTRE OS MÉDICOS PESQUISADOS



Os dados desta distribuição foram submetidos ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, observando-se um valor de 6,27 ( $p < 0,001$ ), indicando a não-aderência, isto é, a distribuição não é normal; sua assimetria sugere maior concentração de participantes abaixo da mediana (22) da pontuação total da medida de fadiga, com a *moda* situando-se em 20 e a *média*, em 22,3 pontos. Estes valores são superiores aos encontrados na população geral holandesa, porém inferiores aos que se observam entre pacientes com sarcoidose.

Os resultados antes descritos, quiçá, indiquem que os médicos apresentam mais fadiga do que costumam fazer as pessoas em geral, mas não se pode perder de vista que foram considerados como referências outros países. A propósito da porcentagem daqueles que podem apresentar fadiga, decidiu-se considerar três pontos de corte a partir dos quais calculá-la: 19 (população geral), 24 (pacientes croatas com sarcoidose) e 29 (pacientes holandeses com sarcoidose), correspondendo aos valores médios observados nos diferentes grupos previamente descritos. As porcentagens encontradas foram, respectivamente, 55,7%, 34,3% e 14,8%. Estes resultados estão na mesma direção daqueles relatados para trabalhadores da Saúde e bem-estar público na Holanda, empregando um instrumento diferente (*Checklist Individual Strength*); no caso, observou-se uma prevalência de 17,6% de pessoas com fadiga (KANT, BÜLTMANN, SCHRÖER, BEURSKENS, VAN AMELSVOORT e SWAEN, 2003).

As pontuações em fadiga foram também correlacionadas com aquelas obtidas na medida de *burnout*, observando que há uma associação forte e positiva entre ambas ( $r = 0,74, p < 0,001$ ). Este padrão de correlação mantém-se quando são tidos em conta os fatores específicos de *burnout*, como se descreve: *exaustão emocional* ( $r = 0,75, p < 0,001$ ), *realização pessoal* ( $r = 0,56, p < 0,001$ ) e *despersonalização* ( $r = 0,49, p < 0,001$ ). Portanto, embora não se possa afirmar haver uma relação de causa e efeito entre estas medidas, pode-se assumir que, mesmo sem ser as mesmas coisas, o *burnout* e a fadiga concorrem na caracterização de um quadro ou contexto de trabalho nefasto no âmbito da Medicina. É especialmente preponderante a dimensão da *exaustão emocional*, possivelmente fruto de um sinal preliminar de que algo não vai bem, como parece estar ficando evidente.

### 8.2.3. INDÍCIOS DE IDEAÇÃO SUICIDA

O instrumento empregado para avaliar a ideação suicida é relativamente breve, contando com apenas 14 itens, e balanceado, permitindo cobrir tanto aspectos positivos como negativos desse distúrbio psiquiátrico. O PANSI (*Positive and Negative Suicide Ideation*) apresentou consistência interna tanto para o conjunto de seus itens (Alfa de Cronbach,  $\alpha = 0,89$ ) como para os seus fatores específicos: *ideação positiva* ( $\alpha = 0,89$ ) e *ideação negativa* ( $\alpha = 0,90$ ), coerente com os índices observados por Osman, Gutierrez, Jiandani, Kopper, Barrios, Linden e Truelove (2003) no contexto estadunidense. Neste sentido, criaram-se duas pontuações específicas, correspondendo ao somatório dos itens que compõem cada dimensão. É importante ressaltar que nenhuma informação foi encontrada no Brasil acerca da prevalência de ideação suicida entre os médicos.

Nos Estados Unidos, os autores antes citados definiram pontos de corte apenas para os fatores específicos desta medida, considerando amostras de 217 estudantes do ensino médio (tinham idade média de 15 anos, sendo que 52,5% eram do sexo masculino) e 30 pacientes psiquiátricos (a idade média foi de 16 anos e 67,7% eram do sexo feminino). Precisamente, poderia ser considerado merecedor de atenção psiquiátrica o jovem que obtivesse pontuação média (somatório dos itens por fator dividido pelo número deles) de “1,63 ou mais” e de “3,33 ou menos” para os fatores de *ideação negativa* e *ideação positiva*, respectivamente.

Se tomados em conta os pontos de corte acima indicados, observam-se valores algo discrepantes para o conjunto dos médicos pesquisados. Especificamente, de acordo com a Tabela 15, 4,6% deles apresentam ideação suicida que cumprem o ponto de corte na dimensão negativa. Isso significa que em cada 100 médicos, aproximadamente 5 sentem-se sem esperanças, infelizes e têm pensado em dar fim a própria vida, demandando uma atenção psiquiátrica mais

aprofundada, isto é, procurando avaliar com maior rigor a possibilidade de se tratarem de potenciais suicidas.

**TABELA 15. DISTRIBUIÇÃO DAS PONTUAÇÕES NO FATOR IDEIAÇÃO SUICIDA NEGATIVA**

Pontuação	F	%	% Acumulada
1,00	6357	84,1	84,1
1,13	403	5,3	89,4
1,25	223	2,9	92,4
1,38	128	1,7	94,1
1,50	103	1,4	95,4
1,63	48	0,6	96,1
1,75	47	0,6	96,7
1,88	43	0,6	97,2
2,00	40	0,5	97,8
2,13	25	0,3	98,1
2,25	21	0,3	98,4
2,38	19	0,3	98,6
2,50	16	0,2	98,8
2,63	14	0,2	99,0
2,75	10	0,1	99,2
2,88	9	0,1	99,3
3,00	13	0,2	99,5
3,13	3	0,0	99,5
3,25	7	0,1	99,6
3,38	6	0,1	99,7
3,50	6	0,1	99,7
3,63	5	0,1	99,8
3,75	7	0,1	99,9
3,88	1	0,0	99,9
4,00	1	0,0	99,9
4,13	1	0,0	99,9
4,25	2	0,0	100,0
4,50	2	0,0	100,0
Total	7560	100,0	

Na Tabela 16 são apresentadas as pontuações correspondentes à ideação suicida positiva. Conforme se percebe, tomando-se como referência o ponto de corte “3,33 ou menos”, 15,1% dos médicos participantes podem ser classificados como psiquiatricamente preocupantes, isto é, existem indícios que sugerem que sejam mais detidamente avaliados, procurando conhecer se pode ser confirmada esta avaliação. Estes médicos sentem em menor medida que têm controle sobre suas vidas, com menor entusiasmo e confiança no futuro e em suas capacidades.

TABELA 16. DISTRIBUIÇÃO DAS PONTUAÇÕES NO FATOR IDEAÇÃO SUICIDA POSITIVA

Pontuação	F	%	% Acumulada
1,00	2	0,0	0,0
1,17	2	0,0	0,1
1,33	3	0,0	0,1
1,50	9	0,1	0,2
1,67	7	0,1	0,3
1,83	28	0,4	0,7
2,00	31	0,4	1,1
2,17	42	0,6	1,6
2,33	62	0,8	2,5
2,50	91	1,2	3,7
2,67	105	1,4	5,0
2,83	136	1,8	6,8
3,00	181	2,4	9,2
3,17	198	2,6	11,8
3,33	252	3,3	15,1
3,50	323	4,3	19,4
3,67	356	4,7	24,1
3,83	468	6,2	30,3
4,00	808	10,7	40,9
4,17	845	11,1	52,1
4,33	720	9,5	61,5
4,50	656	8,6	70,2

4,67	655	8,6	78,8
4,83	653	8,6	87,4
5,00	953	12,6	100,0
Total	7586	100,0	

Quanto a estes resultados, pondere-se, contudo, que a presente amostra é de pessoas adultas, carecendo para este grupo de pontos de corte mais adequados. Além disso, o foco aqui não é o suicídio em si, mas pensamentos e idéias suicidas. Nenhuma informação foi encontrada sobre a taxa de suicídio entre médicos no Brasil, embora não se negue a importância de considerá-lo e buscar medidas para sua prevenção (MELEIRO, 1998). No Reino Unido, esta tem sido bem documentada, situando-se em 18,1 por 100.000 médicos na primeira metade da década de 1990 (HAWTON, CLEMENTS, SAKAROVITCH, SIMKIN e DEEKS, 2001). Frank e Dingle (1999) reúnem evidências na literatura de que de 22,1% (sexo masculino) a 25,9% (sexo feminino) dos médicos na Finlândia têm uma história de ideação ou tentativa de suicídio. Portanto, parece mesmo que a ideação suicida é um elemento presente na vida dos médicos; Schernhammer e Colditz (2004), em sua meta-análise, observaram que estes profissionais são realmente mais prováveis cometerem suicídio do que as pessoas da população geral.

As pontuações nos fatores de ideação suicida *positiva* e *negativa* foram correlacionadas com aquelas de *burnout*, observando-se padrões de correlação teoricamente esperados: *ideação negativa* ( $r = 0,25, p < 0,001$ ) e *ideação positiva* ( $r = -0,65, p < 0,001$ ). O fato de este segundo fator ter mais em comum com o *burnout* (compartilham cerca de 42% da variância) quiçá indique seu componente mais evidente de infelicidade e falta de entusiasmo, denotando algo de baixa *realização pessoal* ( $r = -0,61, p < 0,001$ ) e alta *exaustão*

*emocional* ( $r = 0,60, p < 0,001$ ); sua correlação foi menor com *despersonalização* ( $r = -0,45, p < 0,001$ ).

Neste ponto, cabe também procurar conhecer em que medida a *ideação suicida* tem a ver com outros indicadores de saúde mental. Seu fator *ideação positiva* parece mais preponderante, correlacionando-se fortemente com as pontuações em *fadiga* ( $r = -0,67, p < 0,001$ ) e *depressão / ansiedade* ( $r = -0,66, p < 0,001$ ); no caso da *ideação negativa*, os resultados foram também consistentes, embora as correlações tenham sido menos fortes: *fadiga* ( $r = 0,29, p < 0,001$ ) e *depressão / ansiedade* ( $r = 0,34, p < 0,001$ ).

Em resumo, parcela importante dos médicos do presente estudo caracteriza-se por apresentar indícios evidentes de distúrbios psiquiátricos, a exemplo da *depressão* e *ansiedade*, experimentarem uma sensação de *fadiga* e terem pensado, em algum momento, em dar fim a sua própria vida. Este distúrbio (*ideação suicida*), ao menos desde uma perspectiva evolutiva, parece ser o último estágio da manifestação do desgaste dos profissionais da Medicina, estando fortemente associado com os indicadores de *depressão / ansiedade* e *fadiga*. Finalmente, embora não se possa atribuir a totalidade destes distúrbios às conseqüências do contexto laboral, como avaliadas por meio da medida de *burnout*, observou-se que há bastante em comum entre apresentar tais distúrbios e sentir uma estafa profissional (*burnout*).



# CAPÍTULO 9

## DOENÇAS DIAGNOSTICADAS E MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Mauro Brandão Carneiro  
Munir Massud

Assim como a população em geral, o médico é susceptível aos agravos prevalentes em nosso meio, sejam infecciosos, neoplásicos, metabólicos, degenerativos, genéticos ou acidentais. Com base na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), esta pesquisa procurou conhecer os de maior frequência entre os médicos participantes, que foram inquiridos acerca da presença, ou não, de doença diagnosticada no momento em que respondiam ao questionário. A prevalência de doenças entre os médicos é mostrada na Tabela 17.

**TABELA 17. MÉDICOS PORTADORES DE PATOLOGIAS POR GRUPOS DE CAUSAS CONSTANTES DA CID-10.**

PATOLOGIA	F	%
Doenças dos olhos e anexos	1937	26,4
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1631	22,2
Doenças do aparelho circulatório	1612	21,8
Doenças do aparelho digestivo	1447	19,7
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1404	19,1
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	882	12,1
Doenças do aparelho geniturinário	764	10,4
Doenças do aparelho respiratório	692	9,5
Transtornos mentais e comportamentais	561	7,7
Doenças infecciosas e parasitárias	459	6,3
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	392	5,4
Doenças do sistema nervoso	255	3,5

Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	246	3,4
Neoplasias	173	2,4
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	91	1,2
Lesões, envenenamento e outras conseqüências de causas externas	67	0,9

**Notas:** **F** = *Freqüência*; **%** = *Percentual em função das respostas válidas.*

As doenças de maior prevalência entre os médicos que participaram deste estudo, como se depreende da Tabela 17, incidem mais comumente sobre os *olhos e seus anexos* (26,4%), seguidas pelas que acometem o *sistema osteomuscular e tecido conjuntivo* (22,2%) e o *aparelho circulatório* (21,8%). Doenças *endócrinas, metabólicas e nutricionais* (19,1%), bem como as enfermidades do *aparelho digestivo* (19,7%), estão também entre as mais freqüentes.

Os participantes da pesquisa também foram indagados acerca do uso contínuo de algum medicamento sob recomendação médica. Responderam afirmativamente 1302 entrevistados, que ainda indicaram os fármacos que lhes foram prescritos. Significativa parcela de médicos faz uso de dois ou três medicamentos, e a média de medicamentos por entrevistado é de 1,5. A Tabela 18 mostra a freqüência de utilização de medicamentos interpretados das 1.993 prescrições declaradas pelos respondentes, para os diversos grupos de enfermidades.

**TABELA 18. USO DE MEDICAMENTOS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA POR GRUPOS DE CAUSAS DA CID-10.**

<b>PATOLOGIA</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Doenças do aparelho circulatório	772	38,7
Transtornos mentais e comportamentais	416	20,9
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	290	14,5
Doenças do aparelho digestivo	79	4,0
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	53	2,7
Doenças do aparelho respiratório	50	2,5
Doenças do aparelho geniturinário	32	1,6
Doenças do sistema nervoso	30	1,5
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	22	1,1
Doenças dos olhos e anexos	18	0,9
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12	0,6
Doenças infecciosas e parasitárias	10	0,5
Neoplasias	8	0,4
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	0,1

**Notas:** **F** = Frequência; **%** = Percentual em função das respostas válidas.

Esta tabela revela que os fármacos *cardiovasculares* são os mais utilizados pelos médicos entrevistados, tendo sido citados 772 vezes, o que corresponde 38,7% das 1993 prescrições declaradas. Aqueles utilizados para tratar os *distúrbios mentais e comportamentais* foram

identificados em 20,9% das prescrições, e os medicamentos para doenças *endócrinas, metabólicas e nutricionais* em 14,5% destas, constituindo-se estes três grupos de fármacos os de uso mais freqüente sob prescrição médica.

## DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

A prevalência de doenças infecciosas e parasitárias entre os respondedores foi de 6,3%, o que parece constituir um número muito inferior ao da população geral do Brasil, como era de se esperar, em face do conhecimento médico e da disponibilidade de tratamento para muitas dessas doenças. Os médicos, tanto quanto outros profissionais da Saúde, estão sob risco biológico, inerente à atividade profissional, notadamente à exposição ocupacional ao HIV, HBV e HCV. Nesta pesquisa, escassos casos dessas doenças foram indiretamente informados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (Ministério da Saúde, 2007), um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e a tuberculose é, ainda hoje, a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos. No entanto, nenhum dos entrevistados informou usar medicamentos para tratamento da tuberculose. Os medicamentos para grupo de doenças infecciosas em geral foram citados por dez médicos, correspondendo a 0,5% do total de prescrições.

## NEOPLASIAS

Acusaram ser portadores destas patologias 2,4% dos entrevistados, incluindo as de natureza benigna e maligna e de qualquer localização. Dos medicamentos destinados ao tratamento das neo-

plasias, oito foram citados (0,4%), dos quais cinco corresponderam ao *tamoxifeno*.

## DOENÇAS DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS

A prevalência de alterações hematológicas entre os médicos que responderam ao questionário foi de 3,4%. Na relação de medicamentos prescritos não há referência a fármacos para tratamento de neoplasias de órgãos hematopoéticos. Relativamente a estas doenças ocorreram 22 prescrições, ou 1,1% do total. Destacam-se as prescrições de *cumarínicos*, em número de 12 ou 0,6% do total de prescrições.

## DOENÇAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS E NUTRICIONAIS

As doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais estão entre aquelas de elevada prevalência entre os médicos pesquisados (19,1%), e para as quais mais se prescreveram tratamentos. É provável que o maior contingente deste grupo seja representado pelo *diabetes melito* e pelos distúrbios tireoidianos.

Neste estudo, os medicamentos mais usados para tratamento de endocrinopatias foram os fármacos para hipotireoidismo: foram 290 as prescrições relacionadas a este grupo, equivalente a 14,5% do total. Quase metade desses medicamentos (136) era destinada ao tratamento do hipotireoidismo, correspondendo a 46,9% dos medicamentos prescritos para este grupo de doenças e a 6,8% das prescrições citadas para todas as enfermidades.

A levotiroxina sódica, a liotiroxina e o liotrix são indicados para tratamento do hipotireoidismo, bócio simples e tireoidite de

Hashimoto, para supressão de algumas formas de bócio adenomatoso e prevenção dos efeitos bociogênicos de alguns fármacos, profilaxia e tratamento de carcinoma da tireóide dependente de tirotrofina e como auxiliares de diagnóstico da função tireoidiana. O uso desses fármacos em fórmulas ou isoladamente para fins de emagrecimento não foi referida pelos médicos neste estudo.

Em seguida, destacam-se as 79 prescrições para tratamento do *diabetes melito*, que corresponderam a 27,2% das citações para tratamento das doenças desse grupo e a 4,0% das prescrições em geral. Os hipoglicemiantes orais foram os mais prescritos (67) e apenas 12 entrevistados informam usar insulina.

## TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Dos médicos que responderam à pesquisa, 7,7% acusaram ser portadores de transtornos mentais ou comportamentais. Relativamente ao uso de medicamentos, os transtornos mentais e comportamentais em geral receberam 416 prescrições de um total de 1993, equivalente a 20,9%. Dos fármacos psicotrópicos citados, os antidepressivos sobressaem-se com 284 prescrições ou 14,2% do total de medicamentos prescritos, e 68% daqueles receitados para transtornos mentais, prevalecendo a *fluoxetina*, *tricíclicos*, *sertralina* e *paroxetina*. Este resultado permite concluir que este é o problema psiquiátrico mais comum entre os respondentes.

O uso de antidepressivos declarado pelos médicos foi maior que o de ansiolíticos, embora se estime que a ansiedade, geralmente de leve a moderada, seja sintoma de significativa prevalência em estudos de comunidades (50 a 60%; CORDIOLI e MANFRO, 2004).

Observou-se, como era esperada, uma inversão no uso comum de psicofármacos verificado em décadas passadas, a mesma consta-

tada na população geral orientada pelos médicos: os benzodiazepínicos e outros ansiolíticos cederam a primazia das prescrições para os antidepressivos. Neste estudo, as benzodiazepinas foram citadas 96 vezes, o que corresponde a quase um terço das prescrições de antidepressivos ou a uma proporção de cerca de 3:1. A *bupiriona* foi citada apenas uma vez, sendo a maioria dos ansiolíticos prescritos pertencentes mesmo à classe dos benzodiazepínicos, principalmente o *bromazepam* e o *alprazolam*. O *lítio* e outros estabilizadores do humor foram citados oito vezes e os neurolépticos apenas três, apesar de as esquizofrenias acometerem 1 a 2% da população geral em âmbito mundial (BASSIT, 2006; FREEDMAN, 2003; MARSHALL, 2002). Dez médicos acusaram fazer uso de *clonazepam*.

## DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO

As doenças do sistema nervoso afetam 3,5% dos entrevistados. Não se sabe se os pacientes portadores de certos tipos de doença, como as enxaquecas, por exemplo, com uma prevalência de 18% entre as mulheres e 6% em homens nos Estados Unidos (KAHN e FINKEL, 2005), foram consideradas como enfermidades do sistema nervoso. Se o foram, as cifras deveriam ser maiores do que as relatadas (3,5%) e, ademais, em que percentual?

Os fármacos mais prescritos para as doenças do sistema nervoso pertencem ao grupo dos anticonvulsivantes, tendo sido citadas 20 prescrições, equivalente a 66,7% dos medicamentos prescritos para este grupo e a 1,0% do total de prescrições.

Uma questão que pode estar relacionada à doença neurológica (epilepsias) é o uso de barbitúricos. Quando inquiridos sobre o uso de barbitúricos, essa questão veio atrelada ao uso de sedativos. Mesmo assim, apenas 0,4% dos médicos respondentes acusaram usar um ou outro desses medicamentos.

As epilepsias devem acometer médicos em medida significativa, fato indiretamente indicado pelo número de prescrições de anti-convulsivantes (20). Considerando que todos os médicos entrevistados que tomam anticonvulsivantes tenham declarado que o fazem; que todos os anticonvulsivantes são usados para o tratamento de epilepsias e que 20 é o número de doentes, então três em cada mil médicos sofreriam destes transtornos.

## **DOENÇAS DOS OLHOS, OUVIDO E APÓFISE MASTÓIDE**

As doenças dos olhos, as de maior prevalência entre os médicos, abarcam condições mórbidas muito comuns e, entre os entrevistados, 26,4% acusaram ser portadores de algum distúrbio dos olhos ou de seus anexos. Não se sabe em que medida as ametropias foram incluídas. Apenas em relação à miopia, por exemplo, é estimado que 15% a 25% da população geral tenham ou venham a ter esse distúrbio. As doenças do ouvido e da apófise mastóide estão presentes em 5,4% dos entrevistados (CHAMON, 2006).

Com relação aos fármacos prescritos, os antiglaucomatosos foram citados treze vezes, o que corresponde a 68,4% das prescrições do grupo e a 0,6% do total. Apenas dois antivertiginosos foram citados para tratamento das condições relacionadas ao ouvido e apófise mastóide.

## **DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO**

Este é o grupo de enfermidades mais susceptível a correlações com o trabalho médico. Acusaram ser portadores de doença cardiovascular 1612 entrevistados (21,8%). Parcela significativa deste con-

tingente é de hipertensos, deduzido isto do número de prescrições para tratamento dessa condição. Estima-se que, no Brasil, a prevalência de hipertensos seja de 22 a 44% para o limite inferior de 140 mmhg para PS (pressão sistólica) e 90 mmhg para PD (pressão diastólica) (LOPES e DRAGER, 2006).

Com efeito, mais de um terço de todas as prescrições referem-se aos fármacos cardiovasculares (38,7%) e, Entre estes, aqueles utilizados para o tratamento da hipertensão arterial foram, de longe, os mais comuns. Apenas sem especificação foram citadas 405 prescrições de antidepressivos. Além desses, no entanto, 113 acusaram usar *beta-bloqueadores* (14,6% das prescrições do grupo ou 5,7% do total de prescrições), 35 afirmaram usar *inibidores da ECA*, 40 disseram fazer uso de *antagonista do receptor da angiotensina II* e 25 acusaram usar *diuréticos*. O *anlodipino* e o *felodipino* foram citados 6 e 1 vez, respectivamente. Os *hipolipemiantes* foram citados 98 vezes (12,7% das prescrições do grupo ou 4,9% do total), e desses reguladores de lipídios os mais citados foram os *inibidores da HMG-CoA redutase* (90 vezes), notadamente a *sinvastatina* e a *atorvastativa*. Doze prescrições de *antiarrítmicos* foram especificamente citadas. Os antiagregantes plaquetários, a maioria dos quais correspondeu ao *ácido acetilsalisílico*, receberam 24 prescrições.

## DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

Foram 692 os médicos que declararam portar alguma doença do aparelho respiratório, representando 9,5% do total de entrevistados. Incluem-se neste grupo a asma – doença crônica comum na população geral (IGNÁCIO, 2006) – e a DOPC, estreitamente vinculada ao tabagismo (80% dos casos), do qual 6,8% dos médicos entrevistados são *dependentes*.

Entre as doenças do aparelho respiratório, cujas prescrições representaram apenas 2,5% do total, a asma destaca-se pelo maior número de receitas, constituídas na totalidade pelos broncodilatadores inalados, associados, ou não, a corticosteróides também inalados. Esses fármacos antiasmáticos foram citados 27 vezes, o que corresponde a 1,3% das prescrições em geral e a 53% das prescrições deste grupo. Os anti-histamínicos foram citados 13 vezes, e os corticosteróides tópicos nasais, dez vezes.

## DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO

Comuns são as doenças do aparelho digestivo, acusadas por 19,7% dos entrevistados, a maioria destas de origem gastresofágica em face do uso muito comum de inibidores da ATPase Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup> gástrica. Assim como as doenças cardiovasculares, este grupo de patologias apresenta correlações diretas com o trabalho médico, principalmente pela influência manifesta dos problemas de somatização.

Estas patologias são acudidas por 79 prescrições de fármacos, que representam 4% das 1993 receitas analisadas. A expressiva maioria corresponde aos inibidores de bomba protônica gástrica. Estes foram citados 60 vezes, representando 76% das prescrições deste grupo ou 3% do total de prescrições. Poucos acusaram usar antiácidos (5) e quatro relataram usar *prinafério/tegaserode*. A *mesalazina* e a *sulfasalazina* foram prescritas quatro e duas vezes, respectivamente.

## DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO

Este grupo de doenças é muito variado e sua ocorrência é comum na população geral, com um grande contingente de afetados

incluídos no subgrupo das dores lombar e cervical, que constituem uma das queixas mais usuais na prática clínica (Cecin, 2006).

Na maioria dos casos a dor lombar é musculoligamentar inespecífica, seguida pela osteoartrose e por um número expressivo de outras condições que tornam o diagnóstico diferencial, em certas ocasiões, um desafio clínico, semelhante àquele da dor poliarticular. No entanto, abarcam também enfermidades de significativa prevalência como as doenças do tecido conjuntivo, vasculites, artroses, reumatismos de partes moles (metade dos atendimentos em reumatologia), espondiloartropatias, gota, artrites infecciosas e osteoporose. Na presente pesquisa, 22,2% dos médicos entrevistados afirmaram ser portadores de doenças osteomusculares ou do tecido conjuntivo.

Quanto aos medicamentos prescritos, os antiinflamatórios não-esteróides (AINE) são usados por 1,1% dos médicos, e dez utilizam a associação *glicosamina/condroitina*. Três médicos usam *metotrexate* e três usam *cloroquina*. As doenças deste grupo estão vinculadas a um total de 53 prescrições, equivalente a 2,6% do total de receitas.

## DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO

As doenças do aparelho geniturinário são referidas por 10,4% dos entrevistados. Diversas são as doenças desse sistema que comumente afetam a população geral. Entre os homens, destaca-se, pela importância e pela possibilidade de prevenção, o adenocarcinoma da próstata. A *finasterida*, usada no tratamento da hiperplasia benigna da próstata foi citada 21 vezes, o que corresponde a 0,4% do total de médicos do sexo masculino que participaram desta pesquisa (4783). A real prevalência destas patologias entre os médicos é desconhecida.

Dos medicamentos receitados para as doenças do aparelho geniturinário, 59,4% correspondem à *finasterida* e 15,6 à *oxibutina*.

Outros medicamentos usados para o tratamento da hipertrofia prostática benigna foram a *daxazosina* (2), *transulosina* (2) e *afluzosina* (1). Os medicamentos pertencentes a este grupo correspondem a 1,6% do total de prescrições.

## OUTRAS DOENÇAS E MEDICAMENTOS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

As doenças da pele e do tecido subcutâneo são também comuns, e 12,1% dos médicos entrevistados acusam ser portadores de doenças dermatológicas. Apenas 1,2% dizem apresentar malformações congênitas, deformidades ou anomalias cromossômicas, e pequena porcentagem (0,9%) refere lesões conseqüentes a causas externas.

Entre os outros medicamentos relacionados pelos entrevistados foram citadas 71 prescrições de anticoncepcionais orais (3,6%) e 47 destinadas à reposição hormonal (2,3%). Apenas quatro prescrições de hipnoanalgésicos foram citadas. Três prescrições de medicamentos homeopáticos e quatro de fitoterápicos foram referidas. Apesar do uso disseminado de vitaminas na população, apenas 0,7% dos médicos que participaram desta pesquisa acusa tomá-las regularmente.

Em resumo, embora com prevalência menor e com algumas exceções, os médicos são acometidos pelas mesmas doenças que mais incidem na população geral. As doenças dos olhos e seus anexos, em face das ametropias, ocupam o primeiro lugar, fato não-estranho em razão da presença comum destas enfermidades em seres humanos. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo ocupam o segundo lugar, seguidas pelas enfermidades do aparelho circulatório, seguem-nas as doenças metabólicas e endócrinas, a compor

com as anteriores um quadro de prevalência já esperado. A prevalência dos transtornos mentais e comportamentais, numa significativa proporção de cerca de 1:12, instiga pesquisas mais aprofundadas e reflexões sobre suas causas e formas de manejo. É relevante a desproporção entre a frequência de tais transtornos e o grande número de usuários de psicofármacos; tais medicamentos estão entre os três mais usados pelos médicos. Quiçá, isso indica uma presumível tendência a maquiagem os sentimentos mais brandos, que não acabam de dar sinais e logo são aniquilados, como se as emoções não tivessem uma função na vida das pessoas.

# CAPÍTULO 10

## USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS

Genário Alves Barbosa  
Valdiney V. Gouveia  
Mauro Brandão Carneiro  
Munir Massud

Neste estudo os médicos foram perguntados acerca do uso esporádico e/ou eventual ou regular de substâncias químicas, inclusive fármacos, capazes de alterar o humor, o pensamento e/ou as sensações. Para tal foi apresentada uma lista com 15 grupos de substâncias, inclusive o tabaco, em face de seu conteúdo em nicotina.

## TABACO

Inquiridos acerca do uso do tabaco, 44,4% dos médicos que responderam ao questionário acusaram tê-lo experimentado, 7,1% afirmaram ser usuários eventuais e 6,8% declararam dependência. Um inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis foi realizada em 2002 e 2003, entre pessoas de 15 anos ou mais, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, publicados recentemente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b). Neste inquérito foi determinado que a prevalência de tabagismo regular variou entre 12,9 a 25,2% nas cidades estudadas. Das capitais nordestinas avaliadas, a prevalência variou de 12,9% (Aracaju) a 18,4% (Fortaleza). Em Porto Alegre detectou-se a maior prevalência entre todas (25,2%) e as cidades com maiores prevalências situam-se nas regiões Sul e Sudeste do Brasil.

Estes dados indicam que a prevalência de tabagismo é maior nas cidades mais desenvolvidas economicamente. O uso regular de tabaco, em todas as cidades estudadas, foi maior entre os homens quando comparados às mulheres. Revela ainda o inquérito que o tabagismo é maior entre os grupos com menor escolaridade em todas as cidades, embora a diferença tenha sido pouco significativa em cinco delas. A maioria da população começou a fumar antes dos 20 anos, com percentuais em torno de 70%.

A comparação destes resultados na população com aquela acusada pelos médicos neste estudo revela que a prevalência na população geral é 1,9 a 3,7 vezes maior do que a revelada entre os médicos que trabalham no Brasil. Embora isso possa significar que os médicos evitem o tabagismo em face do conhecimento acerca dos seus malefícios, o número de fumantes entre esses profissionais ainda é muito grande.

## ÁLCOOL

Os médicos que responderam ao questionário também foram perguntados acerca do uso de bebidas alcoólicas (à base de etanol). Dos respondedores, 17,3% afirmaram apenas ter experimentado álcool; 65,7% disseram ser usuários eventuais e 1,7% acusaram dependência de etanol. O índice de dependência de álcool entre os médicos é bem menor do que na população geral (32,4 a 58,6%; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b), o que parece auspicioso. No entanto, em razão do fato inevitável de que a expressiva maioria dos adultos experimenta bebidas alcoólicas, poderosamente incentivados por costumes sociais desde a juventude, é lícito supor que médicos com certa susceptibilidade genética, começando por experimentar bebidas alcoólicas, tornando-se posteriormente usuários ocasionais, tenham, em seguida, tornado-se dependentes, enquanto outros apresentam problemas de abuso.

A dependência ao álcool, à semelhança do tabagismo, é difícil de tratar de maneira eficaz. Uma tabela presente em Fleming, Mihic e Harris (2006) relaciona os percentuais de indivíduos estadunidenses que usaram drogas alguma vez e aqueles que apresentam drogagem, procurando-se reproduzi-la a seguir (Tabela 19). Um *risco de drogagem* foi calculado, específico para cada substância, e refere-se

aos adictos de drogas entre aqueles que relataram ter usado o agente pelo menos uma vez.

**TABELA 19. DEPENDÊNCIA ENTRE USUÁRIOS NA POPULAÇÃO ESTADUNIDENSE.**

<b>AGENTE</b>	<b>Usou alguma vez (%)</b>	<b>Drogação (%)</b>	<b>Risco de drogação (%)</b>
Tabaco	75,6	24,1	31,9
Álcool	91,5	14,1	15,4
Drogas ilícitas	51,0	7,5	14,7
Maconha	46,3	4,2	9,1
Cocaína	16,2	2,7	16,7
Estimulantes	15,3	1,7	11,2
Ansiolíticos	12,7	1,2	9,2
Analgésicos	9,7	0,7	7,5
Psicodélicos	10,6	0,5	4,9
Heroína	1,5	0,4	23,1
Inalados	6,8	0,3	3,7

A Tabela 20, semelhante à previamente mostrada, foi elaborada em relação aos dados obtidos com médicos nesta pesquisa. A seguir, procura-se resumir os dados a respeito.

**TABELA 20. DEPENDÊNCIA ENTRE MÉDICOS BRASILEIROS USUÁRIOS.**

<b>AGENTE</b>	<b>Usou alguma vez (%)</b>	<b>Drogação (%)</b>	<b>Risco de drogação (%)</b>
Tabaco	44,4	6,8	15,3
Álcool	65,7	1,7	2,6
Drogas ilícitas	-	-	-
Maconha	14,5	0,2	1,4
Cocaína	4,1	0,02	0,5
Estimulantes	10,3	0,2	1,9
Ansiolíticos	24,0	1,3	5,4
Analgésicos	10,7	0,2	2,0
Psicodélicos	2,5	0,01	0,4
Heroína	0,2	0,01	5,0
Inalados	1,8	0,0	0,0

As tabelas fornecem resultados quantitativamente diferentes para as duas populações estudadas, ficando claro que a drogação é muito menor entre os médicos brasileiros do que em amostra da população geral estadunidense. Nas duas, no entanto, o risco de dependência é acentuadamente mais elevado para o tabaco, seguido pelo álcool. Evidentemente, os fatores ambientais são deveras operantes para a dependência a estes agentes, visto que são comercializados livremente e, em alguma medida, têm seu uso até incentivado.

Os *riscos de drogação* entre os médicos brasileiros também são menores do que na amostra da população geral estadunidense. É possível que a formação médica interfira de maneira significativa nesse risco de dependência.

## TRANQUILIZANTES E SEDATIVOS

Dos médicos entrevistados no presente estudo, 24% afirmaram ter experimentado tranquilizantes, 19,1% disseram usá-los eventualmente e 1,3% revelaram ser dependentes deste grupo de substâncias. Deve ser salientado que cerca de 100 médicos (5,0% de 1993 prescrições) revelaram ser usuários contínuos de ansiolíticos sob orientação médica, e este percentual é igual ao daqueles que se acusam dependentes de tranquilizantes.

De acordo com a classificação dos medicamentos psicotrópicos da OMS (Ministério da Saúde, 2003), os tranquilizantes menores (que provocam sono e reduzem a ansiedade) são os ansiolíticos e sedativos, e tranquilizantes maiores são os antipsicóticos. Ao utilizar o termo tranquilizante, o presente estudo quis referir-se aos tranquilizantes menores, compreendendo apenas os ansiolíticos do tipo benzodiazepinas.

Parece lícito supor que, tendo os médicos conhecimento da farmacologia e mais fácil acesso a esses medicamentos, deles façam

uso eventual em face de situações estressantes diversas. Em face do número espetacular alcançado pelas prescrições desses medicamentos, faz supor que o número de dependentes na população em geral tenha atingido níveis elevados. Atualmente esses fármacos vêm sendo preteridos em favor dos antidepressivos.

Os barbitúricos são usados principalmente em anestesia e no tratamento da epilepsia, não sendo mais recomendados como agentes ansiolíticos. Apenas 0,4% dos médicos entrevistados dizem ser dependentes de barbitúricos.

## ESTERÓIDES ANABOLIZANTES

Alguns médicos (1,4%) que participaram da pesquisa acusaram ter experimentado esteróides anabolizantes, enquanto 0,4% afirmou usá-los eventualmente. Apenas 0,1% acusa usá-los cronicamente. É evidente que estes medicamentos não causam dependência e, portanto, é de se esperar que seu uso crônico entre os médicos (provavelmente um em cada 1.000 médicos entrevistados) seja com propósitos terapêuticos ou para satisfazer a anseios estéticos.

## OREXÍGENOS

Os médicos nesta pesquisa foram perguntados sobre o uso dessas substâncias e 5,8% afirmaram tê-las experimentado, enquanto 2% a consomem eventualmente; apenas 0,1% dos respondentes usa esses medicamentos de maneira crônica. Não foram encontrados relatos de que estes fármacos causem dependência ou tolerância.

## OPIÓIDES

A dependência ao xarope de codeína respondida por quatro participantes não parece condizente com essas evidências. É conhecido o uso da codeína associada ao paracetamol como analgésico e seus efeitos sobre a motilidade gastrintestinal, além do excelente efeito sedativo sobre a tosse. Assim, não parece estranho que 9,9% dos respondentes tenham experimentado este fármaco e 1,9% assinalarem que o tomam eventualmente.

Como a codeína causa pouca ou nenhuma dependência nem efeito euforizante (bem-estar e contentamento), é improvável que seja usada para fins não-terapêuticos. O mesmo não se pode dizer acerca de 0,2% dos respondentes que dizem usar morfina ou outro opióide cronicamente, e a hipótese mais provável é que sejam graves dependentes, infelizmente. Não houve médicos entre os entrevistados que acusassem dependência à heroína.

## ANTICOLINÉRGICOS

Um pequeno número de médicos (cinco) afirma ser dependente de anticolinérgico, apesar dos efeitos sobre o SNC produzirem apenas agitação e desorientação. Não se sabe se esses medicamentos causam dependência, por isso os médicos que acusaram dependência podem-se referir a uso crônico. Felizmente, eles são poucos.

## MACONHA

A maconha (*cannabis sativa*), de uso tão disseminado, foi experimentada por 14,5% dos médicos entrevistados. Declararam usá-la ocasionalmente 1,9%, enquanto 0,2% acusa dela ser dependente. O “barato” da maconha parece estar relacionado a efeitos subjetivos como sensação de relaxamento e bem-estar, parecido com o obti-

do com o etanol, mas sem a agressão concomitante; sensação de consciência sensorial aguçada, com sons e visões que parecem mais intensas e fantásticas (RANG, DALE, RITTER e MOORE, 2004). A tolerância e a dependência física ocorrem minimamente, e apenas em usuários de grandes quantidades. Podem ocorrer sintomas de abstinência parecidos com o do etanol. A dependência psicológica não parece ocorrer, e ela não se enquadra entre as drogas que causam dependência.

## OUTRAS DROGAS

Nenhum dos médicos acusa ser dependente de cocaína, solvente ou heroína. No entanto, 1,8% deles afirma que já experimentou solventes e 0,1% diz que cheira solvente eventualmente. A cocaína foi experimentada por 4,1% dos médicos e 0,2% acusa que ainda faz uso desta droga em festejos ou finais de semana. O uso de *crack* é quase preterido pelos médicos entrevistados: nenhum acusa dependência e muito poucos o experimentaram, e apenas cinco deles (0,1%) afirmam usar *crack* eventualmente. A *merla*, subproduto da cocaína, foi experimentada apenas por 10 entrevistados, que nunca mais a usaram desde então. Os alucinógenos já foram experimentados por 2,5% dos pesquisados e 0,2% diz ainda usar tais substâncias ocasionalmente, embora nenhum acuse dependência. Em relação aos estimulantes (caféina, anfetamina, metanfetamina, etc.), de uso sabidamente comum entre estudantes, notadamente em período de concursos para “varar” noites, ou como anorexígenos, já foram experimentados por 10,3% dos entrevistados e 2,9% ainda os utilizam eventualmente, enquanto 0,2% refere dependência.

Em resumo, deduz-se do que foi colhido nesta pesquisa que um número considerável de médicos fazem uso de drogas ilícitas e

algumas são delas dependentes. Essa constatação sugere uma discussão crítica aprofundada acerca dos meios adequados para acudir aos colegas que se encontram em sérios apuros em face da inquestionável nocividade dessa condição, além do possível prejuízo dos pacientes por eles assistidos. É amplamente desejável que as escolas de Medicina sejam mais incisivas em relação à questão de drogas, instituindo disciplinas a isso dedicadas. Os Conselhos Regionais de Medicina podem colocar, à disposição dos médicos, colegas especialistas que se disponham a atender às solicitações de médicos usuários de drogas, inclusive em outra localidade e com a discrição que o ato médico dessa natureza exige. Relativamente ao exame psicológico e, se necessário, psiquiátrico, de candidatos a Cursos de Medicina, a discussão é extremamente polêmica, mas não pode mais ser preterida.



# CAPÍTULO 11

## O CONTEXTO ATUAL DA SAÚDE DOS MÉDICOS

Munir Massud  
Genário Alves Barbosa

O presente livro procurou retratar o contexto do trabalho médico, mostrando as peculiaridades da profissão e as vicissitudes de ser um profissional dessa área. Os propósitos eram analisar o contexto laboral e retratar suas implicações no bem-estar, na saúde mental e física dos médicos, avaliando também seu potencial uso e abuso de medicamentos e drogas psicotrópicas. Confia-se que nos capítulos anteriormente escritos tenha sido possível oferecer estas contribuições. A título de conclusão, serão consideradas as principais temáticas abordadas nesta publicação, mas, inicialmente, demanda-se compreender o contexto da pesquisa que fundamentou os capítulos sobre a realidade da saúde dos médicos na atualidade.

## A PESQUISA SAÚDE DOS MÉDICOS

A preocupação com a saúde de profissionais que provêem a saúde não é tema desconhecido (MOURA, BORGES e ARGOLLO, 2005; SMRDEL, 2003). É conhecida, sobretudo, a preocupação em retratar problemas relativos à saúde de médicos (FORSYTHE, CALNAN e WALL, 1999; GALAMBOS, PETHEBRIDGE, MANICAVASAGAR e JOHNSON, 2004) que têm apresentado indícios claros de que a profissão em si é estafante (BURBECK, COOMBER, ROBINSON e TODD, 2002), resultando em doenças de ordem psiquiátrica (AKROYD, CAISON e ADAMS, 2002; CANO, SPRAFKIN, SCATURO, LANTINGA, FIESE e BRAND, 2001; GRASSI e MAGNANI, 2000) e orgânica (LYNCH, KAPLAN, COHEN, TUOMILEHTO e SALONEN, 1996). Apesar disso, no contexto brasileiro, ainda são escassos os estudos. Contudo, mesmo aqueles realizados em outros países, geralmente costumam contar com amostras locais e não-representativas da população geral de médicos. Neste sentido, a presente obra é realmente única, pois não se tem conhecimento de alguma outra que tenha considerado tantos participantes, de todos os Estados e diversas cidades brasileiras. Esta

diversidade permite traçar um perfil adequado da situação destes profissionais, favorecendo que se pense com mais critério acerca do seu ofício e dos malefícios que ele possa resultar na sua prática diária. Não obstante, mesmo reconhecendo o valor ímpar desta obra, cabe sempre levantar potenciais limitações do estudo que embasou parte dos seus capítulos.

A pesquisa por meio dos Correios, seja no Brasil ou em qualquer outro país, apresenta como inconveniente principal a baixa taxa de resposta (número de questionários efetivamente devolvidos em função do total de enviados). Geralmente não se costuma ultrapassar 60%, sendo mais realista trabalhar com taxas entre 10 e 30% (GOUVEIA e GÜNTHER, 1995). Na pesquisa dos anos 1990, realizada pelo *Conselho Federal de Medicina* (MACHADO, 1996), não se alcançaram tampouco porcentagens elevadas, situando-se próximo a 50%, mesmo tendo havido todo um esforço de pré-notificação (divulgação na imprensa, solicitações aos colegas). Contudo, esta situação não pode ser encarada como estranha ou um impedimento para retirar algumas conclusões a partir das informações coletadas. De fato, a não-participação de potenciais respondentes não evidencia indícios de interferir no padrão de resposta do coletivo. As características demográficas dos que fizeram parte no estudo concordam geralmente com aquelas esperadas para os médicos que atuam no Brasil (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004). Além disso, a consistência dos resultados previamente descritos parece ser uma prova substancial: seguindo o padrão da população brasileira, os médicos adoecem dos mesmos males e usam medicamentos equivalentes; talvez sofram algo mais no âmbito do exercício da sua profissão, como revela o desgaste profissional ou propriamente o *burnout*. Também se observou um padrão de consumo de drogas, com profissionais assumindo que usavam e até que eram dependentes de algumas substâncias, como acontece no cenário nacional (CARLINI, GALDURÓZ, NOTO e NAPPO, 2002).

Em razão do que se comentou previamente, parece mesmo oportuno pensar este livro como uma contribuição relevante acerca da saúde dos médicos, que deverá espelhar decisões futuras e orientar práticas políticas e ações conjuntas das entidades médicas. Procura-se, a seguir, retratar alguns dos aspectos principais dos achados previamente descritos.

## A SAÚDE DOS MÉDICOS: EVIDÊNCIAS E IMPLICAÇÕES

Os médicos que responderam a esta entrevista não são mais doentes do que a população geral e os seus acometimentos seguem o mesmo padrão observado na atualidade relativamente à prevalência de doenças. Excluídos os distúrbios oculares de refração e os acometimentos osteomusculares, as doenças cardiovasculares, notadamente a hipertensão arterial, predominam entre todas as outras e são mais ameaçadoras à vida. Seguem-nas os transtornos mentais e comportamentais, com nítida predominância dos estados depressivos, expressados na presente pesquisa pelo relato de grande número de prescrições antidepressivas. Lugar de destaque é ocupado pelo grupo de enfermidades endócrinas, metabólicas e nutricionais. Para este grupo de doenças, houve maior relato do uso de fármacos para o hipotireoidismo, seguido dos antidiabéticos, o que nos remete à hipótese de que estas duas enfermidades grassam com prevalência elevada também entre os médicos. Somente três médicos relataram usar neurolépticos e, a ser esta uma prevalência real ou aproximada, não ultrapassa sequer o mínimo que se pode esperar em amostragem tão expressiva dos médicos brasileiros para psicoses.

Interessante notar que, embora seja alegada susceptibilidade para diversos desses acometimentos, eles são, em grande medida, atenuados por mudanças de estilo de vida e agravados pelo estresse.

Ambos são gerados ou amplamente influenciados pelas condições de trabalho que, entre os médicos, não é satisfatória para a maioria. Incrementar campanhas e movimentos bem orientados, visando recuperação salarial, melhor atendimento à população e respeito para ambos, com estratégia especial para o envolvimento da população, orientada por profissionais de comunicação, e apoiadas pelas entidades representativas da classe, direta ou indiretamente, são propostas a serem discutidas criticamente. Sobre este ponto o próximo capítulo é mais incisivo.

Néscio seria crer também que, vivendo um ambiente de trabalho estressante e pouco alentador, possuindo as mesmas suscetibilidades da população geral, impedidos de cuidar da sua saúde adequadamente em face dos sobressaltos, da estafa e do estresse crônico, fossem eles livres de doenças crônicas cardiovasculares, notadamente da hipertensão arterial e da aterogênese. O saber médico pode ficar impossibilitado de ser utilizado para si mesmo em face dessa realidade e, assim, o médico, para certas enfermidades, iguala-se ou mesmo ultrapassa a população nos riscos de adoecimento.

Mesmo assim, este saber ainda expressa-se entre os médicos por um acometimento menor de muitas doenças. Talvez sua defesa mais importante venha da certeza de que seu mister é tão sublime que o desobriga de ser comum, de ser venal, de ser indiferente. O bom médico é a personificação suprema de um ideal e age apaixonadamente, com a mais profunda emoção, não raro, esquecendo-se de si mesmo.

É preocupante o número de médicos que usa drogas, além do álcool e do tabaco, notadamente pelo número de dependentes. Não fazem maior uso do que membros da população geral, porém, dada sua formação e consciência profissional, quiçá devesse fazer ainda menos. Mas, não se pode perder de vista que, antes de serem médicos, são pessoas, como outras quaisquer, e a educação médica pouco

pode interferir nos seus vícios de caráter, suas fraquezas ou predisposições genéticas. Este tópico merece atenção maior e aos colegas envolvidos devem ser oferecidos orientação e cuidados médicos sob cuidadosa discrição. Não deve parecer estranho que os problemas aqui relacionados incidam sobre médicos, mesmo o uso de drogas ou psicofármacos, nem tampouco os transtornos mentais. Estes dois últimos são os que mais escandalizam mentalidades despreparadas culturalmente, por pretenderem, como acredita o vulgo e divulgam as humanidades, que a mente humana é uma tábua rasa em que se inscrevem os dados da experiência e que muito pouco ou nada é herdado e, portanto – insistindo – em que a educação tudo pode.

Os médicos constituem uma amostragem da população geral ou de certas classes ou grupos sociais e são escrutinados pela memória. Ademais, não existe relação plena de proporcionalidade entre as instâncias intelectual e emocional para que se espere que a educação desempenhe um papel redentor do espírito humano. Essa expectativa é insensata, pois a educação não afeta significativamente as disposições inatas que, em alguma medida, determinam a personalidade ou as doenças mentais. Para usar uma expressão evolucionista, o ambiente (cultura) é essencialmente selecionador. Não há estranheza no fato de que médicos possam ser portadores de distúrbios mentais ou vitimados por males físicos comuns à população geral. Espera-se, ao contrário, dadas as características peculiares da profissão, notadamente no Brasil, que alguns desses males incidam mais em médicos.

Este equívoco de pensar o médico como um grupo imune a doenças, distúrbios mentais e uso de drogas, não deve prevalecer; ele é que determina a surpresa, a decepção, o escândalo, o susto e a indignação. Para qualquer cientista moderno parece óbvio que o caráter tem pressupostos genéticos e que os distúrbios do caráter têm cerne psicopatológico inato. Não sendo os médicos escrutinados

pelo caráter nem pela sanidade mental e, muito menos, pela susceptibilidade a certas doenças e acometimentos, inclusive dependência a drogas, é ingênuo imaginar que a educação médica poderia operar o milagre de transformar todos os estudantes de Medicina indenes a transtornos mentais e comportamentais tidos como inadequados.

Se existe uma finalidade em se conhecerem os agravos à saúde do médico no Brasil é para que se possam identificar fatores gerais que corroboram para sua prevalência e tentar criar mecanismos para minimizá-los, tanto em face de preceito fundamental da Medicina (acudir) quanto em razão das repercussões que essas morbidades podem acarretar para os pacientes ao afetar a capacidade do médico para praticar a Medicina ou não se apresentar como exemplo para a sociedade, coisa por demais pretendida e aclamada, embora com certo exagero.

Em recente pesquisa de opinião (IBOPE, 2005), acerca da confiança da população nas instituições, a confiança nos médicos foi a mais elevada entre as mais importantes instituições nacionais, incluindo Igreja Católica, Forças Armadas, Justiça etc. Apenas 8% da população confiam nos políticos, entre os quais estão os que determinam as Políticas de Saúde; somente 45% confiam no Poder Judiciário, tão tardinheiro e subjetivo; e (lamentavelmente) tão apenas 35% das pessoas confiam na Polícia. Fica, pois, evidente que a população necessita de proteção contra diversas instituições nacionais que deveriam servi-la melhor, pois de médicos ela se acha mais bem favorecida, como ela própria proclama. Se existe algo a ser feito, é proteger este contingente de profissionais em quem a população tanto confia e de quem tanto recebe. Esta deve ser a consequência mais importante deste estudo.

Finalmente, pelo que já foi salientado anteriormente, não existe motivo algum relevante para que os médicos não apresentem os mesmos problemas de saúde que a população geral. A educação mé-

dica forneceria o saber necessário para evitar doenças, compreender fenômenos biológicos implicados na gênese das doenças físicas e mentais, e isso poderia constituir uma ferramenta útil em sentido profilático. Não resta dúvida de que isso ocorre em grande medida. Mas não seria de se esperar que todos os médicos (ou mesmo quase todos) apresentassem conduta, comportamentos e atitudes absolutamente isentos de risco, até porque alguns são inerentes, na atual conjuntura, ao desempenho profissional.

Em resumo, as informações sobre a saúde do médico no Brasil são escassas, dispersas e, portanto, as generalizações fundadas em trabalhos realizados alhures, notadamente para algumas variáveis, não constituem parâmetros dignos de confiança. Assim, estudos nacionais bem elaborados a esse respeito são realmente auspiciosos tendo em vista os objetivos mencionados.

# CAPÍTULO 12

## AÇÕES E PERSPECTIVAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS MÉDICOS

Genário Alves Barbosa  
Mauro Brandão Carneiro  
Munir Massud

Juntamente com o livro *O Médico e o seu Trabalho* (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004), a presente obra constitui um conjunto de conhecimentos teoricamente fundamentados e empiricamente sustentados que têm um propósito legítimo: retratar, com todos seus aspectos, positivos e negativos, a realidade do trabalho médico. Neste caso, o Conselho Federal de Medicina está cumprindo o seu papel, permitindo que se reconheçam o contexto em que atuam seus profissionais e que implicações a adversidade do ofício possam ter na vida profissional e mesmo pessoal e familiar de cada um. Apenas com este embasamento, pensamos, é possível ter argumentos sólidos para lutar por melhores condições laborais e remunerações dignas. Não se oferece, portanto, um livro de receitas, mas uma plataforma a partir da qual se possam traçar estratégias políticas e de ação que visem favorecer a classe como um todo. A propósito, as informações reveladas por meio desta pesquisa remetem a algumas questões fundamentais acerca da saúde dos médicos que trabalham no Brasil, duas das quais parecem sobremaneira importantes:

• *CONDIÇÕES DE TRABALHO, SAÚDE DOS MÉDICOS  
E AÇÕES POLÍTICO-TRABALHISTAS*

Os dados revelados por esta pesquisa nos remetem a algumas questões fundamentais acerca da saúde dos médicos que trabalham no Brasil. A primeira é que eles não estão indenes à maioria das morbidades que afetam a população geral, como crê o vulgo, embora o sejam em menor número; tanto pela sua condição humana, que não o isenta de certas suscetibilidades, quanto porque está à mercê de um mercado de trabalho que avilta a sua dignidade e dificulta os cuidados com a própria saúde, além de constituir um estresse poderoso envolvido na patogênese de diversas enfermidades. Não é necessário repetir o que já foi exaustivamente exposto acerca das relações ín-

timas entre as condições de trabalho, o estresse delas decorrente e seus efeitos sobre a saúde dos trabalhadores.

A tudo isso somam-se, embora em parcela talvez menor, as questões individuais, em que a negligência resultante de patologia psiquiátrica e os transtornos de personalidade implicam atitudes de risco expressadas no descaso consigo próprio e na drogação. Diferentemente do que o leigo possa pensar, não parece ser o fato de ter maior acesso a fármacos e drogas psicotrópicas que faz os médicos virem a se tornar dependentes de alguma droga; além de atributos de personalidade, como a predisposição à busca de sensações, precisa ser tido em conta o estado de humor do médico, sendo a depressão um distúrbio psiquiátrico relevante que se apresenta no contexto do envolvimento com drogas (DERVAUX, BAYLÉ, LAQUEILLE, BOURDEL, LE BORGNE, OLIÉ e KREBS, 2001; WAGNER, 2001).

Foi sobejamente argumentado acerca da impossibilidade de que a educação médica venha a corrigir desvios de caráter. Mesmo que nada fosse dito acerca da moral e da ética médicas, a experiência extraordinariamente rica propiciada pelas relações com os pacientes, desde as suas revelações mais íntimas até os sofrimentos mais aterradores dos quais muitas vezes padecem, faria dobrar os espíritos afetivamente mais inflexíveis, oriundos dos lares mais indiferentes, os desacostumados de afetos, os carentes de educação amorosa, fazendo-os compreender o sentido da solidariedade. Nem mesmo a realidade hostil de um mercado de trabalho que covardemente avilta, provoca, diminui, prevalece sobre a imensa grandeza das proíficas relações com seus pacientes e surge dessa extraordinária experiência o homem sofrido, mas amplo, culto, sensível, fraterno, competente, *querendo amar o mundo inteiro, tentando amar o mundo inteiro*. Mas a educação não pode tudo.

Demonstrou-se, no decorrer deste livro, que o estresse resultante de condições inadequadas de trabalho concorre para o surgi-

mento, permanência e / ou agravamento de diversas enfermidades orgânicas e mentais. Assim, tal variável é parte da patogenia dos transtornos psíquicos e orgânicos que mais acometem os médicos que trabalham no Brasil. Como foi claramente exposto nos capítulos precedentes, as principais ações que devem ser implementadas em favor da saúde do médico brasileiro dizem respeito ao seu universo político, econômico e social. A luta por melhores condições de trabalho, melhor remuneração, redução do número de empregos, das horas efetivamente trabalhadas, do número de plantões são os meios mais eficientes para melhorar o quadro de saúde ora demonstrado.

Muitos dos nossos médicos trabalham em localidades quase sem recursos diagnósticos. Diversos deles, como resultado de uma compreensão ingênua do drama que os aflige, clamam para que lhes seja ensinada uma medicina “adequada ao ambiente” onde exercem o seu mister, o que, sem dúvida, não significa coisa alguma, senão quase um exercício exclusivo de solidariedade, em face do que pode a Medicina moderna realizar e da migalha que lhe é oferecida como honorário. Abaixo de determinado patamar de recursos, a prática médica fica impossibilitada, rebaixada à condição de curandeirismo. Não existem tantas “medicinas” quantas são as carências de recursos dos lugares. É claro que a presença do médico é, por si só, auspiciosa em qualquer circunstância e, quando competente e terno, é bem-vindo em qualquer lugar. Mas é inevitável o fato de que a Medicina não pode ser exercida apenas em razão desse fascínio, senão pelo “milagre” dos saberes dos quais todos os ramos das ciências se socorrem, e que proporcionam os valiosos recursos diagnósticos e terapêuticos.

As entidades médicas de classe devem acudir a esses intentos que, no momento, fustigam a vida dos esculápios brasileiros roubando-lhes saúde e vida. É necessário também fazer compreender a todos os médicos a sua condição inequívoca de trabalhadores e que

as relações de trabalho não mudaram tanto, senão que foram exacerbadas na sua perversidade. A satisfação por exercer uma profissão de tão elevados propósitos – sacerdotal em seus desígnios – é mais do que justa, porém nada tem a ver com o orgulho que nos afastou das lutas e nos alienou em nome de uma promessa de riqueza que nunca veio para a maioria, e pode ser que nunca virá. Estamos pagando caro pela nossa indiferença. Este país é pródigo em maus governos e parece insensato crer que reclamar sem se organizar possa ter algum efeito. A regra geral apregoada por esses governos é reduzir custos na área da Saúde, tanto na permissividade de práticas alternativas à Medicina e outras atitudes malfadadas, quanto abrindo novas escolas médicas. A respeito, parece evidente que o propósito é abrir tantas quantas forem necessárias para fazer valer em toda a sua realidade a *lei da oferta e da procura*, formando tantos médicos que eles virão de joelhos pedir emprego a qualquer preço (ver comentários em PIMENTEL, ANDRADE e BARBOSA, 2004).

Neste contexto, claro se faz que a primeira ação em favor da saúde do médico é de natureza político-trabalhista. Não estranhem os que advogam justamente o caráter excepcional do seu ofício médico, mas parece mesmo ser momento de ir colocando os pés no chão e encarar a realidade. Portanto, constitui-se em passo importante a conscientização dos nossos problemas, da nossa condição inequívoca de operários inseridos num contexto amplo a envolver outros operários. A discussão crítica das estratégias mais apropriadas chama a um debate amplo, em que não pode ser perdido de vista o papel social do médico, mas tampouco se fechem os olhos para suas necessidades particulares. A carreira de juiz, dignamente, reserva um futuro “certo”, com aposentadoria que espelha satisfatoriamente sua contribuição à sociedade e permite que desfrute os anos derradeiros de sua vida no convívio com os seus. Contrariamente, os médicos precisam de se esmerar em fase difícil de sua vida, protelando sua

aposentadoria ou seu afastamento da área para garantir o sustento da sua família, assumindo horas intermináveis de plantões. Portanto, é sem sentido ficar alheio a esta conjuntura. Há necessidade de maior organização, sindicalização, da escolha de representantes comprometidos. Carecemos de experiência nessas lutas, por absoluto afastamento.

Lazer, tempo para exercícios físicos, dieta adequada às suas necessidades, exames médicos regulares. Nada disso pode ser obtido quando os trabalhadores são submetidos a um regime extenuante de trabalho em face da precariedade aviltante da remuneração pelos seus serviços. Possivelmente, direta ou indiretamente, é a questão trabalhista, os baixos salários e o descaso dos governos com a saúde das populações a causa maior de doenças entre médicos, de descon-trole das enfermidades das quais são acometidos. Estas constatações parecem-nos irrefutáveis, segundo o caráter eminentemente científico que ostentam e que foram anteriormente demonstradas.

• *A INTEGRAÇÃO DAS ENTIDADES MÉDICAS  
E AS AÇÕES CONJUNTAS*

Além do que antes se comentou, não cabe dúvida que devem ter lugar outras ações provenientes do meio médico. Estas devem sempre ter como parâmetro fundamental de referência o bem-estar dos médicos, implementando políticas e estratégias comuns, que revelem uma luta consistente e orientada para o coletivo. Com efeito, algumas iniciativas têm sido postas em prática recentemente. No entanto, as soluções isoladas esbarrarão em lutas e impedimentos políticos que apenas permitirão reproduzir a conjuntura hoje retratada. Empregando uma máxima ambientalista, poder-se-ia *pensar globalmente*, mas também *agir localmente*, cada entidade na sua competência, mas sempre que possível dando suporte e apoiando as ações que tenham em conta os médicos que neste país exercem o seu ofício.

Neste contexto, os Conselhos Regionais de Medicina podem, por exemplo, oferecer ajuda, com a devida discricção, aos médicos adictos de psicotr3picos. Embora a pesquisa que fundamentou este livro tenha sido an3nima, alguns colegas que se revelaram dependentes de drogas salientaram que gostariam de ser ajudados. Fizeram-no da forma mais clamorosa poss3vel, enviando cartas, algumas escritas de pr3prio punho, pedindo ajuda, revelando o desejo de sair da situa33o nefasta em que se encontravam. O “temor” ou quaisquer outras causas de impossibilidades – reais ou n3o –, que impedem esses m3dicos de procurar abertamente aux3lio, podem ser superadas pela oferta de uma forma de assist3ncia plena de solidariedade, discricção e adequa33o t3cnica. As sociedades de especialidades podem estabelecer os crit3rios e as estrat3gias para esse tipo de assist3ncia.

Uma campanha empreendida pelas nossas entidades de classe para que os m3dicos recebam certa aten33o relativamente a cuidados diet3ticos nos seus locais de trabalho, seria extremamente proveitoso. M3dicos diab3ticos e hipertensos, notadamente plantonistas, n3o conseguem adequar-se às prescri33es diet3ticas que lhes s3o recomendadas porque s3o obrigados a submeterem-se ao que lhes oferecem. Deve haver formas de intervir para melhoria dessas condi33es. Adicionalmente, programas de exerc3cios f3sicos adaptados a essas circunst4ncias podem ser elaborados por fisiatras e cardiologistas, e uma vez mais, o apoio das sociedades de especialidades ser4 imprescind3vel. A prop3sito, boletins elaborados por representantes destas sociedades poderiam ser dirigidos aos m3dicos, com as informa33es pertinentes, concitando-os a procur4-los para exames regulares, em dia aprazado e sem demora. Ao inv3s de amedrontar, 4 certamente mais pertinente dizer a verdade, infundindo esperan3a e reduzindo o temor.

As perspectivas futuras, de acordo com as informa33es apresentadas no livro *O M3dico e o seu Trabalho* (CARNEIRO e GOUVEIA,

2004) e o que foi demonstrado na presente obra, não são auspiciosas. Impõe-se a adoção de medidas urgentes capazes de produzir uma estrutura adequada para a promoção da saúde dos médicos; se hoje a profissão é muito bem reconhecida pela população em geral, gozando de plena confiança, como antes ficou assinalado, futuramente poderá não ostentar com dignidade tal privilégio, devido a práticas ineficientes ou mesmo ausentes das instituições responsáveis, sejam da esfera pública ou privada. Não se pode igualmente perder de vista a abertura absolutamente indiscriminada de escolas médicas, que proporcionará o estrangulamento do mercado de trabalho e tenderá a reduzir o valor das ações médicas. Além disso, a complexidade crescente das sociedades, o trabalho extremamente extenuante, o fantasma do erro médico e das indenizações absolutamente desproporcionais resultantes de ações judiciais, constituem agravantes poderosos da precária situação vivenciada no contexto laboral médico.

Finalmente, a sociedade não constitui um sistema estacionário e toda previsão sociológica – entendida como ditames gerais sobre o que acontecerá em nível macro-social – é uma forma de charlatanismo. O futuro pode ser mais auspicioso e complexo do que alguns admitem, e as relações de trabalho, institucionais e interpessoais são mais do que simples elementos químicos, cujas interações podem produzir novos elementos de propriedades conhecidas; efetivamente, oferecem-se aqui conjeturas, cabendo pensar em alternativas para cambiar o contexto atual da profissão médica. Para isso, seguramente, faz-se necessária mudança importante no pensamento da classe médica, para que possa vir a exercer a devida pressão social capaz de melhorar suas condições de trabalho e seus salários. É necessário denunciar, mas não isoladamente, senão por intermédio das entidades de classe, notadamente os Sindicatos e Associações Médicas, com o apoio dos Conselhos de Medicina. Portanto, a luta deve-se estender

a todas as instituições e sodalícios que possuam médicos em seus quadros, com esclarecimentos sobre as condições de trabalho dos médicos e os riscos disso resultantes. Sem a participação política intensiva seremos reduzidos à condição de gado marcado e sem rumo, além do que determinam desejos alheios e com propósitos que não são necessariamente aqueles dos médicos que atuam neste país.





## REFERÊNCIAS

Achutti, A. (Ed.) (2001). Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro: Vitro Comunicação e Editora.

Achutti, A., Louzada, L. M. e Rosito, M. H. (1996). O hábito de fumar na população de Porto Alegre: Cinco anos de avaliação. Porto Alegre: Secretaria de Saúde do Meio Ambiente.

Achutti, A. C. e Menezes, A. M. B. (2001) Epidemiologia do tabagismo. Em A. C. Achutti (Ed.), Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo (pp. 9-24). Rio de Janeiro: Vitro Comunicação & Editora.

Achutti, A. C., Rosito, M. H. E. e Achutti, V. A. R. (2005). Tabagismo. Em B. B. Duncan, M. I. Schmidt e E. R. J. Giuliani (Orgs.), Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Agudelo, D., Buela-Casal, G. e Spielberger, C. D. (2007). An-siedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. Salud Mental, 30, 33-41.

Akroyd, D., Caison, A. e Adams, R. (2002). Patterns of burnout among U.S. radiographers. Radiologic Technology, 73, 215-223.

American Medical Association. (1995). Substance abuse among physicians. Endereço da página WEB: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/article/2036-2538.html> (consultado em 06 de outubro de 2004).

Amorin, C. (2002). Síndrome de burnout em fisioterapeutas e acadêmicos de fisioterapia. Em A.M.T. Benevides-Pereira (Ed.), Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador (pp.93-104). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Andrea, H., Kant, I. J., Beurskens, A. J. H. M., Metsemakers, J. F. M. e van Schayck, C. P. (2003). Associations between fatigue attributions and fatigue, health, and psychosocial work characteristics: A study among employees visiting a physician with fatigue. Occupational and Environmental Medicine, 60, 90-104.

Ballone, G. J. (2000). Psiquiatria geral. Endereço da página Web: <http://gballone.sites.uol.com.br/news3.htm> (consultado em 10 de fevereiro de 2007).

Barbosa, R. M. S. A. (2001). A relação entre a síndrome de burnout e o comprometimento organizacional em gestores de empresa estatal. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade de Brasília.

Bargellini, A. Barbieri, A., Rovesti, S., Vivoli, R. e Roncaglia, R. (2000). Relation between immune variables and burnout in a sample of physicians. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57, 453-457.

Bassit, D. P. (2006). Transtornos psicóticos. Em A. C. Lopes (Ed.), *Tratado de clínica médica* (vol. VII). São Paulo: Roca.

Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho. Em A. M. T. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 21-91). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Benevides-Pereira, A. M. T e Moreno-Jimenez, B. (2002). O burnout em um grupo de psicólogos brasileiros. Em A. M. T. Benevides-Pereira (Org.). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. Brasília: Casa do Psicólogo.

Bennett, J. C. e Plum, F. (1996). *Cecil: Tratado de medicina interna*. 20<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Borges, L. O. e Argolo, J. C. T. (2002). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica*, 1, 17-27.

Borges, L. O., Argolo, J. C. T. e Baker, M. C. S. (2006). Os valores organizacionais e a síndrome de burnout: Dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 34-43.

Breslau, N. (1995). Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behavior Genetics*, 25, 95-101.

Bruce, S. (2004). Physician burnout: A pilot study. *New Zealand Medical Student Journal*, 1, 14-19.

Bültmann, U., Kant, I., Kasl, S. V., Beurskens, A. J. H. M. e van den Brandt, P. A. (2002). Fatigue and psychological distress in the working population: Psychometrics, prevalence, and correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 445-452.

Burbeck, R., Coomber, S., Robinson, S. M. e Todd, C. (2002). Occupational stress in consultants in accident and emergency medicine: A national survey of levels of stress at work. *Emergency Medicine Journal*, 19, 234-238.

Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: W. W. Norton & Co.

Cano, A., Sprafkin, R. P., Scaturro, D. J., Lantinga, L. J., Fiese, B. H. e Brand, F. (2001). Mental health screening in primary care: A comparison of 3 brief measures of psychological distress. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3, 206-210.

Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R. e Nappo, S. A. (2002). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001 –. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas / Universidade Federal de São Paulo.

Carlotto, M. S., Nakamura, A. P e Câmara, S. G. (2006). Síndrome de burnout em estudantes universitários da área da saúde. *Psico*, 37, 57-62.

Carneiro, M. B. e Gouveia, V. V. (Orgs.) (2004). *O médico e o seu trabalho*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina.

Carrel, A. (1950). *O homem perante a vida* (Tradução de Cruz Malpique). Porto: Editora Educação Nacional.

Cecin, H. A. (2006). Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. Endereço da página Web: <http://www.portalmec>

[dico.org.br/include/diretrizes/100\\_diretrizes/Lombalgias\\_Lombocitalgias.pdf](http://dico.org.br/include/diretrizes/100_diretrizes/Lombalgias_Lombocitalgias.pdf) (consultado em 18 de julho de 2007).

Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. (1993). CID-10 – Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª ed. Brasília: DATASUS / Ministério da Saúde. Endereço da página Web: <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm> (consultado em 13 de março de 2007).

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. (2005). 5. Domiciliar 2001. Outra mais! – Olho vivo nos orexígenos. Boletim CEBRID, 55. Endereço da página Web: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/boletim/ed55/5.htm> (consultado em 13 de fevereiro de 2007).

Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D. e Wallace, E. P. (1993). Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 147-153.

Chamon, W. (2006). Acuidade visual e ametropias. Em A. C. Lopes (Ed.), *Tratado de clínica médica* (vol. VII). São Paulo: Roca.

Chapman, K. R., Mannino, D. M., Soriano, J. B., Vermeire, P. A., Buist, A. S., Thun, M. J., Connell, C., Jemal, A., Lee, T. A., Miravittles, M., Aldington, S. e Beasley, R. (2006). Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. *The European Respiratory Journal*, 27, 188-207.

Chaves, S. S. S. (2003). Valores como preditores do bem-estar subjetivo. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba.

Comino, E., Silove, D., Manicavasagar, V. e Harris, E. (2001). Agreement in symptoms of anxiety and depression between patients and PGs: The influence of ethnicity. *Family Practice*, 18, 71-77.

Compton, W. C., Smith, M. L., Cornish, K. A. e Qualls, D. L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 406-413.

Conselho Federal de Medicina. (2007). Número de médicos com registros primários e ativos. Página Web: <http://www.portalmédico.org.br/index.asp?opcao=estatisticas&portal> (consultada em 10 de fevereiro).

Cordioli, A. V e Manfro, G.G. (2004). Transtornos da ansiedade. Em B. B. Ducan, M. I. Schmidt e E. R. J. Giuliani (Eds.), *Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseada em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy. *American Psychologist*, 54, 821-827.

De Masi, D. (1999). *O futuro do trabalho: Fadiga e ócio na sociedade pós-industrial* (Tradução de Yadyr A. Figueiredo). Rio de Janeiro: José Olímpio.

de Vries, J., Michielsen, H. J. e van Heck, G. L. (2003). Assessment of fatigue among working people: A comparison of six questionnaires. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 10-15.

de Vries, J., Michielsen, H. J., van Heck, G. L. e Drent, M. (2004). Measuring fatigue in sarcoidosis: The Fatigue Assessment Scale (FAS). *British Journal of Health Psychology*, 9, 279-291.

Delfino, L. (2002). *Responsabilidade civil e tabagismo no Código de Defesa do Consumidor*. Belo Horizonte: Del Rey.

Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2, 6-11.

Dervaux, A., Baylé, F. J., Laqueille, X., Bourdel, M.-C., Le Borgne, M.-H., Olié, J.-P e Krebs, M.-O. (2001). Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking, or anhedonia? *The American Journal of Psychiatry*, 158, 492-494.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. e Smith, H. L. (1999). Subjective well-being. Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276 - 302.

Dixon, L. (1999). Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: Prevalence and impact outcomes. *Schizophrenia Research*, 35, 93-100.

Doll, R. e Peto, R. (1981). The causes of cancer: Quantitative estimates of avoidable risks of cancer in United States today. *Journal of the National Cancer Institute*, 66, 1193-1308.

Dutra, E. (2005). Ideação e tentativa de suicídio entre estudantes de medicina da UFRN e profissionais de saúde da rede pública de Natal. Em L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 281-298). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ferreira, A.B.H. (1999). *Novo Aurélio Século XXI: O dicionário da língua portuguesa*. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Fleck, A.P.A. (2005). Depressão. Em B. B. Duncan, M. I. Schmidt e E. R. J. Giuliani (Orgs.), *Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências*, 3ª ed. Porto Alegre: Artmed

Fleming, M., Mihic, S. J. e Harris, R. A. (2006). Etanol. Em L. Brunton, J. S. Lazo e K. L. Parker (Eds.), *Goodman & Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica*, 11ª e.d. (pp. 527-541). Rio de Janeiro: McGraw-Hill – Interamericana.

Forsythe, M., Calnan, M. e Wall, B. (1999). Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *British Medical Journal*, 319, 605-608.

Freedman, R. (2003). Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 349, 1738-1749.

Frank, E. e Dingle, A. D. (1999). Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1887-1894.

Fukuyama, F. (2003). *Nosso futuro pós-humano: Conseqüências da revolução da biotecnologia* (Tradução de Maria Luiza X. de A. Borges). Rio de Janeiro: Rocco.

Galambos, G. A., Pethebridge, A. M., Manicavasagar, V. K. e Johnson, S. (2004). Doctors' mental health: A literature review of the pattern and causes of mental disorder in doctors. Endereço da página WEB: [http://members.optushome.com.au/drgg/gg/int/draft\\_lit\\_rv.htm](http://members.optushome.com.au/drgg/gg/int/draft_lit_rv.htm) (consultada em 08 de setembro).

Gilbody, S. M., Whitty, P. M., Grimshaw, J. M. e Thomas, R. E. (2003). Improving the detection and management of depression in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 149-155.

Glasberg, J., Horiuti, L., Novais, M. A. B., Canavezzi, A. Z., Miranda, V.C., Chicoli, F. A., Gonçalves, M. S., Bensi, C. G. e Giglio, A. (2007). Prevalence of the burnout syndrome among Brazilian medical oncologists. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53, 85-89.

Glassman, A. H., Helzer, J. E., Covey, L. S., Cottler, L. B., Stetner, F., Tipp, J. E. e Johnson, J. (1990). Smoking, smoking cessation, and major depression. *The Journal of the American Medical Association*, 264:1546-1549.

Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.

Goldberg, D. P. e Ormel, J. (1998). Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychological Medicine*, 28, 915-921.

Gouveia, V. V., Chaves, S. S. S., Oliveira, I. P., Dias, M. R., Gouveia, R. S. V. e Andrade, P. R. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: Estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19, 241-248.

Gouveia, V.V. e Günther, H. (1995). Taxa de resposta em levantamento de dados pelo correio: o efeito de quatro variáveis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 11, 163-168.

Gouveia, V. V., Vasconcelos, T. C. e Jesus, G. R. (1999). Índice de potenciais bebedores-problema: Uma estimativa com base no CAGE. *Temas*, 29, 44-53.

Grassi, L. e Magnani, K. (2000). Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: An Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 329-334.

Gronbaek, M., Deis, A., Sorensen, T. I., Becker, U., Borch-Johnsen, K., Müller, C., Schnohr, P. e Jensen, G. (1994). *Influence of sex, age, body mass index, and smoking on alcohol intake and mortality*. *British Medical Journal*, 308, 302-306

Gutstein, H. B. e Akil, H. (2006). Analgésicos opióides. Em L. Brunton, J. S. Lazo e K. L. Parker (Eds.), *Goodman & Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica*, 11ª e.d. (pp. 487-526). Rio de Janeiro: McGraw-Hill – Interamericana.

Hawton, K. Clements, A., Sakarovitch, C., Simkin, S. e Deeks, J. J. (2001). Suicide in doctors: A study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 296-300.

Hoeymans, N., Garssen, A. A., Westert, G. P. e Verhaak, P. F. M. (2004). Measuring mental health of the Dutch population: A comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, doi:10.1186/1477-7525-2-23.

Hofstede, G. (1984). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Holland, J. L. (1997). *Making vocational choices: a theory of vocational personalities and work environments*. 3ª ed., Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Holtgraves, T. (2004). Social desirability and self-reports: Testing models of socially desirable responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 161-172.

Houaiss, A. e Villar, M. S. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Hughes, J. R., Hatsukami, D. K., Mitchell, J. E. e Dahlgren, L. A. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 993-997.

Huibers, M. J. H., Beurskens, A. J. H. M., Prins, J. B., Kant, I. J., Bazelmans, E., Van Schayck, C. P., Knottnerus, J. A. e Bleijenberg, G. (2003). Fatigue, burnout, and chronic fatigue syndrome among employees on sick leave: Do attributions make the difference? *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 26-31.

IBOPE. (2005). *Confiança nas instituições*. Endereço da página Web: [http://www.ibope.com.br/opp/pesquisa/opiniaopublica/download/opp098\\_confianca\\_portalibope\\_ago05.pdf](http://www.ibope.com.br/opp/pesquisa/opiniaopublica/download/opp098_confianca_portalibope_ago05.pdf) (Consultado em 9 de maio de 2007).

Ignacio, T. P. (2006). Asma bronquica. Em A. C. Lopes (Ed.), *Tratado de clínica médica* (vol. VII). São Paulo: Roca.

Inglehart, R. (1991). *El cambio cultural en las sociedades industriales avanzadas*. Madri: Centro de Investigaciones Sociológicas / Siglo XXI Editores.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2005). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004-2005*. Página Web: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/sintese/tab1\\_1.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/sintese/tab1_1.pdf) (Consultada em 10 de fevereiro de 2007).

Ismael, K., Sloggett, A. e De Stavola, B. (2000). Do common mental disorders increase cigarette smoking? Results from five waves of a population-based panel cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 152, 651-657.

Jansen, N. W. H., van Amelsvoort, L. G., Kristensen, T. S., van den Brandt, P. A. e Kant, I. J. (2003). Work schedules and fatigue: A prospective cohort study. *Occupational Environmental Medicine*, 60, 47-53.

Kahn, K. A. e Finkel, A. G. (2005). Enxaqueca. M. S. Runge e M. A. Greganti (Ed.), *Medicina interna de Netter*. Porto Alegre: Artmed.

Kant, I. J., Bültmann, U., Schröer, K. A. P., Beurskens, A. J. H. M., van Amelsvoort, L. G. P. M. e Swaen, G. M. H. (2003). An epidemiological approach to study fatigue in the working population: The Maastricht Cohort Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 32-39.

Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.

Korolkovas, A. e França, F. F. A. C. (2001). *Dicionário terapêutico Guanabara*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Kosten, T. R. e Ziedonis, D. M. (1997). Substance abuse and schizophrenia: Editors' introduction. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 181-186.

Levine, R. E. e Bryant, S. G. (2000). The depressed physician: A different kind of impairment. *Hospital Physician*, 86, 67-73.

Lopes, H. F. e Drager, L. F. (2006). Hipertensão arterial. Em A. C. Lopes (Ed.), *Tratado de clínica médica (vol. VII)*. São Paulo: Roca.

Lynch, J. W., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Tuomilehto, J. e Salonen, J. T. (1996). Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all-cause mortality, cardiovascular mortality, and acute myocardial infarction? *American Journal of Epidemiology*, 144, 934-942.

Machado, M. H. (1996). Perfil dos médicos no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / CFM-MS / PNUD.

Marmot, M. G., Smith, G. D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. e Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 337, 1387-1393.

Marshall, F. (2002). Transtorno do humor e do comportamento. Em T. E. Andreoli (Ed.), *Celil: Medicina interna*, 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Martin, E. C., Cataldo Neto, A. e Chatkin, J. M. (2003). O tabagismo e a formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 27, 177-183.

Maslach, C. e Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. 2ª ed, Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Maxwell, S.-A. M. (2001). Designing and developing an intervention to maximise the coping resources of doctors working with trauma patients at Johannesburg General Hospital. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Artes, Departamento de Psicologia, Universidade Africana de Rand, África do Sul.

McEwen, B. S. (1998). Seminars in medicine of the Beth Israel Deaconess Medical Center: Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338, 171-179.

McManus, I. C., Keeling, A. e Paice, E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine*, 2, 1-12.

Mealey, L. (1995). The sociobiology of sociopathy: An integrated evolutionary model. *Behavioral and Brain Sciences*, 18, 523-541.

Meleiro, A. M. A. S. (1998). Suicídio entre médicos e estudantes de Medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44, 135-140.

Menegaz, F. D. L. (2004). Características da incidência de burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Menezes, A. M. B., Horta, B. I., Oliveira, A. L. B., Kaufmann, R. A. C., Duquia, R., Diniz, A., Motta, L. H., Centeno, M. S., Estanislau, G. e Gomes, L. (2002). Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. *Revista de Saúde Pública*, 36, 129-134.

Mesquita, A. M., Bucarechi, H. A., Castel, S. e Andrade, A. G. (1995). Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: Uso de substâncias psicoativas em 1991. *Revista ABP - APAL*, 17, 47-54.

Michielsen, H. J., De Vries, J., Drent, M. e Peros-Golubicic, T. (2005). Psychometric qualities of the Fatigue Assessment Scale in Croatian sarcoidosis patients. *Sarcoidosis Vasculitis and Diffuse Lung Diseases*, 22, 133-138.

Michielsen, H. J., De Vries, J. e Van Heck, G. L. (2003a). In search of personality and temperament predictors of chronic fatigue: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 35, 1073-1087;

Michielsen, H. J., De Vries, J. e Van Heck, G. L. (2003b). Psychometric qualities of a brief self-rated fatigue measure: The Fatigue Assessment Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 345-352.

Michielsen, H. K., De Vries, J., Van Heck, G. L., Van de Vijver, F. J. R. e Sijtsma, K. (2004). Examination of the dimensionality of fatigue: The construction of the Fatigue Assessment Scale (FAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 39-48.

Ministério da Saúde. (2003). Glossário de Vigilância Sanitária. Endereço da página Web: [http://e-glossario.bvs.br/glossary/public/scripts/php/page\\_search.php?lang=&letter=D](http://e-glossario.bvs.br/glossary/public/scripts/php/page_search.php?lang=&letter=D) (consultado em 11 de fevereiro de 2007).

Ministério da Saúde. (2004a). Saúde Brasil 2004 – Uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2004b). Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA.

Ministério da Saúde. (2006). Indicadores e dados básicos – Brasil – 2006. Endereço da página Web: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm> (consultado em 11 de abril de 2007).

Ministério da Saúde. (2007). Tuberculose. Endereço da página Web: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?dtxt=23497](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?dtxt=23497) (consultado em 18 de julho).

Miranda, P. S., C. e Queiroz, E. A. (1991). Pensamento suicida e tentativa de suicídio entre estudantes de Medicina. Revista ABP-APAL, 13, 157-160.

Montazeri, A., Baradaran, H., Omidvari, S., Azin, S. A., Ebadi, M., Garmaroudi, G., Harirchi, A. e Shariati, M. (2005). Psychological distress among Bam earthquake survivors in Iran: A population-based study. Public Health, 5, 1-6.

Moura, H. B. O., Borges, L. O. e Argolo, J. C. T. (2005). Saúde mental dos que lidam com a saúde: Os indicadores de Goldberg. Em L. O. Borges (Org.), Os profissionais de saúde e seu trabalho (pp. 259-280). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nogueira, M. J. (Coord.). (2002). Diagnóstico psiquiátrico: Um guia. São Paulo: Lemos Editorial.

Nunnally, J. C. (1991). Teoría psicométrica. México, DF: Trillas.

O'Brien, C. P. (2006). Drogção e uso abusivo de drogas. Em L. Brunton, J. S. Lazo e K. L. Parker (Eds.), Goodman & Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica (pp. 543-562), 11ª e.d. Rio de Janeiro: McGraw-Hill – Interamericana.

Olkinuora, M., Asp, S., Juntunen, J., Kauttu, K., Strid, L. e Aarimaa, M. (1990). Stress symptoms, burnout, and suicide thoughts in Finnish physicians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 81-86.

Osman, A., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., Wrangham, J. J., Kopper, B. A., Truelove, R. S. e Linden, S. C. (2002). The Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: Psychometric evaluation with adolescent psychiatric inpatient samples. *Journal of Personality Assessment*, 79, 512-530.

Osman, A., Gutierrez, P. M., Jiandani, J., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Linden, S. C. e Truelove, R. S. (2003). A preliminary validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory with normal adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 493-512.

Pereira Neto, A. P. (2001). Ser médico no Brasil: O presente no passado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Pimentel, A. J. P., Andrade, E. O. e Barbosa, G. A. (2004). Os estudantes de Medicina e o ato médico: Atitudes e valores que norteiam seu posicionamento. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina.

Popper, K. R. (1974). A lógica da investigação científica. São Paulo: Abril Cultural.

Rang, H. P., Dale, M. M., Ritter, J. M. e Moore, P. K. (2004). Farmacologia (Tradução de Patrícia Lydie Voeux e Antônio José Magalhães da Silva Moreira). Rio de Janeiro: Elsevier.

Raosoft. (2007). Sample size calculator. Endereço da página web: <http://www.raosoft.com/samplesize.html> (consultada em 28 de fevereiro).

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. e Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area study. *The Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.

Rezende, J. M. (Ed.). (2000). Tópicos selecionados de história da Medicina e linguagem médica. Endereço da página Web: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/> (consultado em 11 de fevereiro de 2007).

Rezende, J. M. (2003). Caminhos da Medicina: O juramento de Hipócrates. *Revista Paraense de Medicina*, 17, 38-47.

Ronen, S. (1994). An underlying structure of motivational need taxonomies: A cross-cultural confirmation. Em H. C. Triandis, M. D. Dunnette e L. M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, vol. 4 (pp. 241-269). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Ros, A. F. G. (2001). Estudio de las fuentes de estrés laboral en médicos residentes. *Centro de Salud*, Noviembre, 568-572.

Ryan, R. M. e Frederick, C. M. (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 259-565.

Salem, J. (2002). Hipócrates: Conhecer, cuidar, amar. O Juramento e outros textos (Tradução de Dunia Marino Silva). São Paulo: Landy.

Samet, J. M. (2004). Environmental causes of lung cancer. *Chest*, 125, 80-83.

Sarriera, J. C., Schwarcz, C. e Câmara, S. G. (1996). Bem-estar psicológico: Análise fatorial da escala de Goldberg (GHQ-12) numa amostra de jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9, 293-306.

Saurel-Cubizolles, M.-J., Romito, P., Ancel, P.-Y. e Lelong, N. (2000). Unemployment and psychological distress on year alter childbirth in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 185-191.

Scardovi, A., Rucci, P., Gask, L., Berardi, D., Leggieri, G., Ceroni, G. B. e Ferrari, G. (2003). Improving psychiatric interview skills of established GPs: Evaluation of a group training course in Italy. *Family Practice*, 20, 363-369.

Schaufeli, W. B. (1999). Burnout. Em J. Firth-Cozens e R. Payne (Orgs.), *Stress in health professionals* (pp. 17-32). New York: Wiley.

Schaufeli, W. B. e Enzman, D. (1998). *The burnout comparison to study and research: A critical analysis*. London: Taylor Francis.

Schattner, P., Davidson, S. e Serry, N. (2004). Doctors' health and wellbeing: Taking up the challenge in Australida. *The Medical Journal of Australia*, 181, 348-349.

*Schwartz, A. G. (2004). Genetic predisposition to lung cancer. Chest*, 125, 86-89.

Shanafelt, T. D., Sloan, J. A. e Habermann, T. M. (2003). The well-being of physicians. *The American Journal of Medicine*, 114, 513-519.

Schernhammer, E. S. e Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (Meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161, 2295-2302.

Selye, H. (1959). *Stress: A tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa.

Sierra, J.C. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3, 10-59.

Siqueira, E. (1973). Sugestões da vida e dos livros. Natal: Imprensa Universitária.

Smrdel, A. C. S. (2003). Experiencing professional strains of nurses, radiation engineers and physicians working at the Institute of Oncology in Ljubljana. *Radiology and Oncology*, 37, 249-255.

Soibelman, M. e Luz Jr., E. (2004). Problemas relacionados ao consumo de álcool. Em B. B. Duncan, M. I. Schmidt e E. R. J. Giugliani (Orgs.), *Medicina ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária* (pp. 286-295), 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Stalman, W. A. B., van Essen, G. A. e van der Graaf, Y. (2001). Determinants for the course of acute sinusitis in adult general practice patients. *Postgraduate Medical Journal*, 77, 778-782.

Sullivan, P e Buske, L. (1998). Results from CMA's huge 1998 physician survey point to a dispirited profession. *Canadian Medical Association Journal*, 159, 54-58.

Tamayo, M. R., Argolo, J. C. T. e Borges, L. O. (2005). Burnout em profissionais de saúde: Um estudo com trabalhadores do município de Natal. Em L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 223-2246). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Thompson, C., Ostler, K., Peveler, R. C., Baker, N. e Kinmonth, A.-L. (2001). Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 179, 317-323.

Tillett, R. (2003). The patient within – psychopathology in the helping professions. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 272-279.

Töyry, S., Räsänen, K., Kujala, S., Äärimaa, M., Juntunen, J., Kalimo, R., Luhtala, R., Mäkelä, P., Myllymäki, K., Seuri, M. e Husman, K. (2000). Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians. *Archives of Family Medicine*, 9, 1079-1085.

Tucunduva, L. T. C. M., Garcia, A. P., Prudente, F. V. B., Centofanti, G., De Souza, C. M., Monteiro, T. A., Vince, F. A. H., Samano, E.

T., Gonçalves, M. S. e Del Giglio, A. (2006). *A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros*. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52, 108-112.

Valdivia, R. Q. e Méndez, S. S. (2004). Factores asociados al síndrome burnout em médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. SITUA – Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana, 23, 11-22.

Van Dijk, F. e Swaen, G. M. H. (2003). Fatigue at work. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 1-2.

Wagner, M. K. (2001). Behavioral characteristics related to substance abuse and risk-taking, sensation-seeking, anxiety sensitivity, and self reinforcement. *Addictive Behaviors*, 26, 115-120.

Werlang, B. S. G., Borges, V. R. e Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39, 259-266.

World Health Organization. (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Endereço da página Web: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/neuroscience.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/neuroscience.pdf) (consultado em 4 de julho de 2007).

Zuger, A. (2004). Dissatisfaction with medical practice. *New England Journal of Medicine*, 350, 69-75.

