



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO  
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO  
INTEGRADO EM MEDICINA**

**PAULO JORGE PINTO DE BARROS**

***UMA REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA  
ACERCA DAS CARACTERÍSTICAS  
EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DA CLASSE  
MÉDICA***

**ARTIGO DE REVISÃO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE EPIDEMIOLOGIA**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROFESSOR DOUTOR  
SALVADOR MANUEL CORREIA MASSANO CARDOSO**

**MARÇO/2015**

**Uma revisão da literatura científica acerca das características epidemiológicas e clínicas  
próprias da classe médica**

**Artigo de revisão**

Paulo Jorge Pinto de Barros<sup>1</sup>

1 Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Autor correspondente:

Paulo Jorge Pinto de Barros

Endereço de correio electrónico: paulo\_\_barros@hotmail.com

## Resumo

Os médicos são um grupo populacional com características distintas. Enquanto doentes, são marcados por uma baixa taxa de procura de cuidados de saúde, especialmente evidente em questões de saúde mental, e por uma elevada taxa de auto-diagnóstico e auto-medicação. Estas atitudes são fortemente influenciadas por factores psicossociais, como traços obsessivos ou dependentes, os quais estão frequentemente presentes nestes profissionais, expectativas sociais e profissionais, receios acerca de confidencialidade e a ideia da invulnerabilidade do médico.

Epidemiologicamente, são também evidentes algumas diferenças. Os médicos apresentam taxas de mortalidade gerais e específicas menores que as da população em geral, com a excepção do suicídio. Em termos de estilos de vida, algumas das diferenças são para melhor, como as menores taxas de tabagismo, outras para pior, como as reduzidas horas de sono. Quanto a saúde mental, os médicos estão sujeitos a semelhantes taxas de depressão e de abuso de substâncias, mas a elevadas taxas de *burnout* e a uma probabilidade de suicídio aproximadamente 2 vezes maior que a restante população, facto particularmente notável em médicas. Quanto a doenças infecciosas, os médicos estão submetidos a maiores riscos, como lesões percutâneas e a possibilidade de infecções por agentes transmissíveis pelo sangue. Abordagens adequadas podem minorar este problema. Quanto à saúde reprodutiva são evidentes algumas diferenças relativas a alguns riscos de defeitos congénitos e maior prevalência de eventos adversos, como gravidezes de alto risco e abortos espontâneos

Os dados existentes são, contudo, mais escassos do que seria de desejar, e muitas vezes desactualizados ou padecendo de falhas metodológicas. Assim sendo, coloca-se a necessidade da realização de novos estudos.

Este artigo revê a literatura existente acerca desta temática, discutindo taxas epidemiológicas de algumas patologias, possíveis razões e possíveis abordagens ao problema do médico enquanto doente. Mais do que estabelecer respostas definitivas, este artigo pretende chamar atenção para o tema e para a necessidade do seu estudo.

**Palavras-chave:** Médicos, Epidemiologia, Saúde Ocupacional, Perturbações do Médico, Mortalidade, Suicídio, Depressão, Abuso de Substâncias, Doenças Infecciosas, Saúde Reprodutiva

## **Abstract**

Physicians are a population group with distinct characteristics. As patients, they are marked by a lower rate of utilization of health care services, which is especially true in regards to mental health issues, and by an increased rate of self diagnosis and self-medication. These are strongly influenced by several psychosocial factors, such as obsessive or dependent personality traits, which are frequently present, social and professional expectations, concerns about confidentiality and the idea of the invulnerability of the physician.

In regards to epidemiology, some differences are also evident. Physicians have lower general and specific rates of mortality, the notable exception being suicide. In terms of lifestyle, some differences are for the better, like lower incidence of smoking, and some for worse, like reduced sleep hours. As for mental health, physicians are subjected to similar rates for depression and substance abuse, but to higher rates of burnout and an increased likelihood of suicide, about twice as high as the general population. This is especially evident for women physicians. Concerning infectious diseases, physicians are subject to increased risks, such as percutaneous injuries and the possibility these will lead to infection by blood-borne agents, for example. An adequate approach to this problem may prevent some of its consequences. As for reproductive health issues, some differences are evident regarding risks of congenital defects, and an increased prevalence of adverse events, such as high-risk pregnancies and miscarriages.

However, the existing data is scarcer than should be expected, and is often out of date or riddled with methodological shortcomings. Therefore, further study of the topic is required.

This article reviews the existing literature on the topic, discussing some epidemiological rates, possible causes and possible approaches to the problem of the

physician as patient. More than settling definitive answers, this article intends to summon attention to this issue and the need for further assessment.

**Keywords:** Physicians; Epidemiology, Occupational Health, Physician Impairment, Mortality, Suicide, Burnout, Depression, Substance-Related Disorders, Communicable Diseases, Reproductive Health.

# Índice

Lista de Abreviaturas .....	1
Introdução.....	2
Materiais e Métodos .....	4
1 - O Médico enquanto Doente .....	5
1.1 - Factores Psicossociais .....	6
1.2 - Atitudes do médico-doente.....	8
1.3 - Dificuldades sentidas por clínicos na abordagem a médicos-doentes.....	10
1.4 - Recomendações .....	11
2 - Dados epidemiológicos gerais .....	12
2.1 - Esperança de vida.....	12
2.2 - Mortalidade .....	12
3 - Estilo de Vida.....	16
4 - Saúde mental .....	18
4.1 - <i>Burnout</i> .....	18
4.2 - Depressão .....	20
4.3 - Abuso de substâncias .....	21
4.4 - Suicídio.....	23
5 - Infecciologia .....	26
5.1 - Vírus de transmissão hematogena .....	26
5.2 - Tuberculose .....	28
5.3 - Influenza.....	29
6 - Saúde reprodutiva .....	30
Conclusão .....	32
Agradecimentos.....	35
Referências bibliográficas .....	36

## Lista de Abreviaturas

ALT: Alanina Aminotransferase

Anti-HBV: anticorpo contra vírus da hepatite B

Anti-HCV: anticorpo contra vírus da hepatite C

CDC: *Centers for Disease Control*

DP: Despersonalização

EE: Exaustão emocional

EUA: Estados Unidos da América

HBsAg: Antígeno de superfície do vírus da hepatite B

HBV: Vírus da Hepatite B

HCV: Vírus da Hepatite C

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

IC 95%: Intervalo de Confiança a 95%

IC 99%: Intervalo de Confiança a 99%

MBI: *Maslach Burnout Inventory*

MeSH: *Medical Search Headings*

OR: *Odds-Ratio*

PA: *Personal accomplishment*

RNA: Ácido Ribonucleico



## Introdução

Há mais de 2500 anos, os antigos gregos criaram o mito de Quíron, maior dos centauros e mestre das artes de cura. Quando, por acidente, foi ferido por uma flecha envenenada, não morreu, pois era imortal, mas foi acometido de dor e sofrimento sem alívio. Por mais que fizesse ou tentasse, nada conseguia sarar a ferida ou aliviar a dor. Qual ironia, pois o mestre curandeiro era incapaz de se curar a si mesmo. Até que, um dia, quando as suas forças se esgotaram e o sofrimento não era mais suportável, fez um acordo com Zeus, pai dos deuses, abdicou da sua imortalidade, e pôde morrer, finalmente.

Intencional ou acidentalmente, os gregos acabaram por criar uma história que revela algumas das problemáticas daquilo que é a saúde dos médicos: a ironia e estranheza do médico que se tenta curar a si mesmo, mas que, apesar do seu conhecimento da arte, se vê incapaz de o fazer (atitudes do médico perante a perspectiva da doença e as suas acções), e que, perante um sofrimento sem cura, o pode levar a abdicar da sua própria vida (suicídio)

A ideia de que os médicos podem ser uma classe com características epidemiológicas e clínicas diferentes do restante da população não é novo. Já em 1858, médicos ingleses notaram que a classe médica apresentava uma taxa de suicídio superior à da população em geral.<sup>1</sup> Desde então, vários estudos têm sido realizados, embora muitos destes sejam já antigos e muitas vezes acometidos de falhas metodológicas.

A existirem diferenças, estas não seriam de espantar. Se, por um lado, os médicos estão expostos a diferentes riscos, como maiores níveis de stress ou agentes microbiológicos, são também detentores de um vasto conhecimento clínico, podendo estar mais alerta para esses mesmos riscos, prevenindo e detectando alterações mais cedo do que seria de outra maneira possível. Contudo, tal não parece ser sempre o caso, como veremos adiante. Os

médicos exibem uma relutância perniciososa em procurar cuidados de saúde para si mesmos, preferindo o auto-diagnóstico e a auto-medicação, o que nem sempre se mostra adequado.

Sendo assim, qual é o ponto da situação? Como é realmente o médico como doente? Que características epidemiológicas e clínicas diferentes descrevem a classe médica? E como podem a investigação, formação e prática médica ser alteradas por este conhecimento?

Pela necessidade de resposta a estas perguntas, torna-se pertinente uma revisão da literatura científica desta temática, que este trabalho pretende apresentar. Aqui se tentarão avaliar diferenças existentes no modo como os médicos lidam com a sua própria doença e a dos seus colegas, e que diferenças existem em termos de taxas de mortalidade (geral e específicas), estilos de vida, factores de risco e incidência/prevalência de algumas patologias, decorrentes do exercer da sua actividade profissional e o quão pouco ainda se sabe com certeza acerca destes tópicos. Na verdade, este artigo não pretende ser uma análise exaustiva nem se propõe a estabelecer respostas definitivas acerca do assunto (na verdade, estas ainda são bastante discutidas), mas chamar a atenção para a pertinência do tema e para a necessidade de mais estudos.

## Materiais e Métodos

Na elaboração deste artigo de revisão foram consultados artigos científicos, artigos de revisão, normas de orientação e consensos de reuniões de especialistas, obtidos através de pesquisa nas bases de dados *Pubmed*, *Google*, *Google Scholar* e *Oxford Occupational Medicine*, e artigos específicos dos *Websites* da Organização Mundial de Saúde, *Centers for Disease Control*, e Direcção-Geral de Saúde. Os termos utilizados para realizar a pesquisa, quer de modo simples, quer como "*Medical Search Headings*" (MeSH) na base *Pubmed*, foram: "*Epidemiology*", "*Physicians*", "*Physicians/statistics & numerical data*", "*Attitude of Health Care Personnel*", "*Mortality*", "*Life Expectancy*", "*Health Personnel*", "*Physician Impairment*", "*Occupational Health*", "*Occupational Exposure*", "*Occupational Diseases*", "*Risk factors*", "*Burnout, Professional*" "*Depression*", "*Suicide*", "*Substance-related Disorders*", "*Mental Health*", " "*Needle-stick Injuries*", "*Blood-Bourne Pathogens*", "*Infectious Disease Transmission, Patient-to-professional*", tendo sido seleccionados os artigos com pertinência para o tema.

## 1 - O Médico enquanto Doente

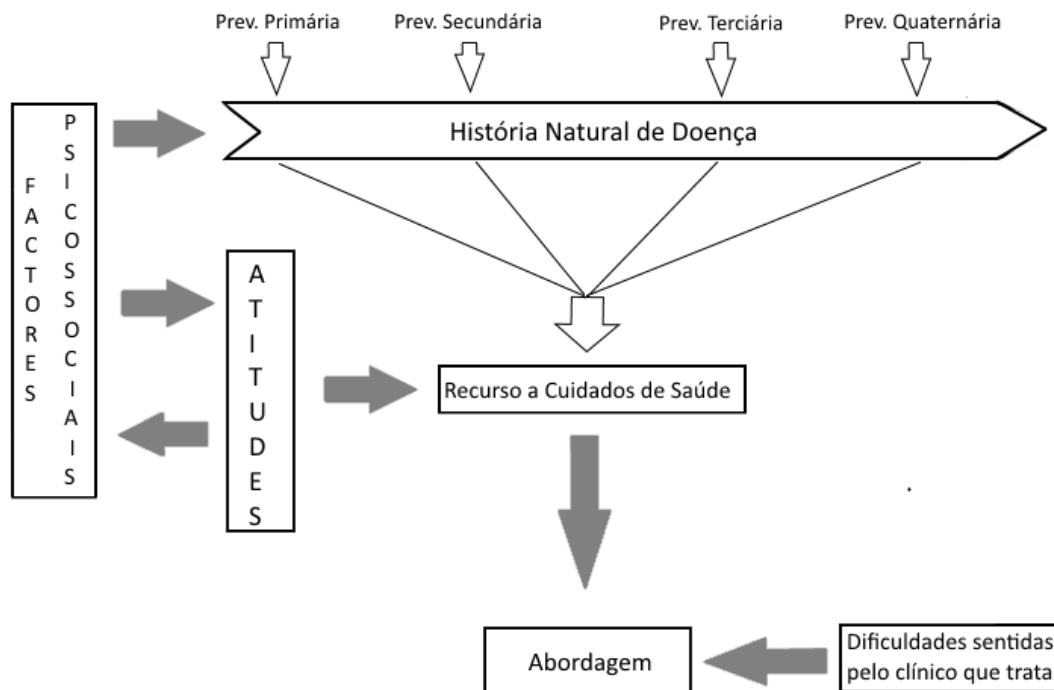
Não existe uma abundância de estudos quantitativos que descrevam com detalhe os diferentes aspectos da problemática do médico-doente, quer pela perspectiva deste, quer pela perspectiva do profissional que o trata. Dada a relativa ignorância sobre o tema, os estudos existentes são principalmente do tipo qualitativo.<sup>2</sup>

Apesar disso, os dados até agora existentes permitem-nos distinguir diversos factores e atitudes que parecem ser parte integrante do modo como os médicos são acometidos por doença, como lidam com o seu papel de doente, como se tratam e são (ou não) tratados.

Para uma melhor explicação das diferentes peças da questão, estas serão agrupadas segundo o seu local e momento de intervenção: Factores Psicossociais, actuando *à priori*; Atitudes, derivadas dos diversos factores e representando acções concretas; Dificuldades sentidas pelo clínico que trata do médico-doente e diferenças na Abordagem. Esta divisão não é estanque e em diversos pontos existe sobreposição e interacção. Atitudes, como a relutância em procurar cuidados, também são factores psicossociais de risco, pois podem ser causadoras e agravantes de doença.

A Figura 1 ilustra esta organização através de um mapa conceptual contendo estes diversos factores.

**Figura 1: Mapa conceptual da interacção dos factores psicossociais, atitudes e dificuldades sentidas pelo doente e pelo clínico e sua influência na abordagem ao Médico-Doente.**



**Legenda:**

Setas cinzentas: influência

**1.1 - Factores Psicossociais**

Diversos factores psicossociais relativos ao médico-doente são descritos como influenciando a sua história natural de doença, quer como factores de risco (especialmente saúde mental, como *burnout* ou depressão) quer definindo as suas atitudes face à doença.

- Personalidade: Existe consenso na literatura de que os médicos apresentam claramente alguns traços obsessivos<sup>3</sup>. Mas, enquanto que estes traços tornam o clínico mais envolvido e capaz de exercer a sua actividade, também são uma causa de vulnerabilidade. Obsessividade excessiva leva a um perfeccionismo disfuncional, inflexibilidade, dependência do trabalho, isolamento emocional e uma necessidade

maior de estar no controlo do ambiente de trabalho. Isto, em conjunto com as altas expectativas sociais e profissionais de infalibilidade e invulnerabilidade, levam o médico a manter objectivos irrealistas daquilo que deve ser capaz. A inevitável incapacidade de alcançar tais metas leva a sentimentos de baixa auto-estima, inadequação e incompetência profissional.<sup>3,4</sup>

Por outro lado, também são prevalentes alguns traços dependentes, pelo menos em alguns grupos. Pensa-se que estejam relacionados com negligência emocional e "*parental impotence*" durante a infância. Estes traços também podem ser disfuncionais, pois os mecanismos de *coping* utilizados levam a dependência dos doentes, distanciamento emocional e negação de vulnerabilidades pessoais. Isto é problemático, pois pode levar, caso os traços dependentes sejam muito intensificados, a que o médico seja demasiado tentado a agradar os doentes, cedendo facilmente a pedidos, por vezes insensatos, e a ser incapaz de estabelecer prioridades, particularmente em relação à família e à sua necessidade de lazer.<sup>3</sup>

- Expectativas sociais e profissionais: Como já referido, existem expectativas altas do que o médico deve ser capaz de fazer. Muitas delas são adquiridas ou auto-impostas durante a formação pré-graduada.<sup>5</sup> Na verdade, é comum a idealização do profissional de saúde e daquilo de que é capaz.<sup>4</sup> É também comum a ideia de que o auto-sacrifício é uma virtude, sendo o médico que põe as necessidades do doente acima das suas louvado.<sup>3</sup> A ideia da invulnerabilidade do médico é também prevalente: o médico não é o que padece de doença, é aquele que a trata. Novamente, estas expectativas são problemáticas, pois definem alvos impossíveis de alcançar que, quando o médico os falha, se tornam fontes de *stress* e baixa auto-estima.<sup>3,4</sup>
- Vergonha e estigmatização: Perante as expectativas pessoais, profissionais e sociais acerca do papel e dever do médico, não é de estranhar que o médico tenha receio de

ser estigmatizado ou mesmo penalizado/punido (anulamento de licenças profissionais por abuso de substâncias, por exemplo), formal ou informalmente, por assumir a sua situação de doença.<sup>6,7</sup>

- Receios acerca de confidencialidade: Devido aos receios de ser estigmatizado ou sancionado, e por poder ter de recorrer a cuidados de saúde da sua própria instituição, são também comuns receios, por parte do "médico-doente", acerca da confidencialidade da relação médico-doente.<sup>1</sup>
- Conhecimentos clínicos: A experiência e os conhecimentos do médico só podem existir até certo ponto. A capacidade diagnóstica dos médicos nem sempre é infalível, especialmente em termos de doença mental (os médicos apresentam uma notória dificuldade em reconhecer correctamente um diagnóstico de depressão, por exemplo<sup>8</sup>). Assim sendo, é natural que, caso não consigam reconhecer uma patologia num doente, também seja difícil reconhecê-la e valorizá-la em si mesmos<sup>8</sup>.

## **1.2 - Atitudes do médico-doente**

- Desvalorização/negação de sintomas: É comum a desvalorização dos sintomas<sup>5</sup>, o que não será de espantar. Se por um lado, são desde cedo inculcidas crenças de invulnerabilidade, que fazem com que o médico se julgue acima das principais preocupações com a sua saúde, também o facto de ser exposto à existência de múltiplas doenças e doentes leva a uma habituação, uma dessensibilização, que durante a maior parte do tempo é adaptativa<sup>7</sup>. Além disso, perante o medo de que algo que aparenta ser simples se possa revelar mais grave, a negação torna-se um método de escape.
- Relutância a recorrer a cuidados de saúde: Este é dos pontos mais referidos e importantes: Os médicos são muito relutantes em procurar cuidados de saúde. Este

facto é particularmente relevante para questões de saúde mental.<sup>1,5,8-12</sup> Um estudo de coorte dos EUA, de 2000<sup>10</sup>, refere que até 35% dos médicos que estudaram não possuía uma fonte de cuidados de saúde regular, sendo as especialidades nas quais isto era mais evidente a cirurgia geral, a medicina interna e a anatomia patológica. Este artigo refere também 2 factores associados: Crença na capacidade do próprio ou do acaso ser o principal factor controlador do curso da doença e a ausência de crença na capacidade de outros serem elementos de controlo sobre a doença. Ambos estão relacionados com uma maior probabilidade de não recorrer regularmente a cuidados de saúde. Outro ponto relevante acerca disto é a baixa utilização de serviços de medicina preventiva, como rastreios oncológicos ou vacinação.<sup>10,13</sup> Quando o médico pede ajuda, muitas vezes é apenas de passagem com os seus colegas, em "consultas de corredor".<sup>7</sup>

- Auto-diagnóstico e auto-medicação: Como consequência dos anteriores segue que os médicos são excessivamente levados a diagnosticar-se e tratar-se a si mesmos. Uma revisão sistemática de 2011 sobre o tema<sup>14</sup>, recorrendo a dados de 27 estudos, concluiu que mais de 50% de médicos se auto-tratava, sendo as razões encontradas para esse comportamento: (i) evitar assumir o papel de doente; (ii) crença da auto-medicação como sendo a norma; (iii) pressão para se manter a trabalhar e (iv) receios acerca de confidencialidade. A auto-medicação pode ser problemática pois não só o médico não é totalmente isento em relação à sua própria patologia, como a hipótese de se auto-tratar permite-o adiar a procura de cuidados apropriados.<sup>14</sup>
- Presenteísmo: Devido ao receio de ser visto como doente e de forçar colegas a tomar as suas responsabilidades laborais, é comum o médico ir trabalhar enquanto doente (designado presenteísmo).<sup>12,15</sup> Um artigo de 2013<sup>15</sup> refere dados de presenteísmo de 80-90% da força laboral médica, comparados com 30-70% para outras profissões.



### **1.3 - Dificuldades sentidas por clínicos na abordagem a médicos-doentes**

Um estudo qualitativo realizado em 2012,<sup>2</sup> que inquiriu 15 médicos de família e 14 internistas acerca das suas experiências a tratar médicos-doentes, define os 3 principais desafios sentidos:

- Manter os limites da relação médico-doente;
- Evitar presumir o conhecimento prévio do doente ou o seu comportamento de saúde;
- Gerir o tratamento de médicos-doentes no contexto do seu elevado nível de acesso a cuidados de saúde, informação e recursos;

Este estudo refere também as 3 estratégias utilizadas pelos inquiridos para lidar com ditos desafios:

- Ignorar o *background* do médico-doente;
- Reconhecer esse *background* e tentar negociar a gestão de cuidados;
- Permitir que o tratamento seja gerido principalmente pelo médico-doente.

## **1.4 - Recomendações**

Como vimos, diversos são os factores que influenciam a maneira como o médico adoece e aborda a sua própria doença, muitas vezes para pior. Sendo assim, o que se pode fazer? Como poderão os médicos actuar para melhorar os cuidados a si mesmos e aos restantes colegas? As opiniões gerais<sup>7,16</sup> daquilo que é necessário centram-se nos seguintes aspectos:

- Contactar e manter um médico de família que não seja nem um amigo pessoal nem um colega próximo;
- Os médicos devem reconhecer a sua própria vulnerabilidade às mesmas doenças que afligem os seus doentes e a sua maior propensão a minimizar ou negar sintomas;
- Resistir à tentação do auto-diagnóstico e da auto-medicação;
- Recusar dar "consultas de corredor" a colegas de profissão acerca da sua própria saúde, lembrar-lhes de que merecem e necessitam do mesmo nível de cuidados que os outros doentes e sugerir a marcação de uma consulta própria;
- Cuidar uns dos outros. Se for evidente que um colega precisa de ajuda, abordá-lo com a atenção e preocupação adequadas.

## **2 - Dados epidemiológicos gerais**

### **2.1 - Esperança de vida**

Os dados existentes relativos à esperança média de vida dos médicos são muito antigos, sendo a maior parte daqueles que se conseguiram obter na pesquisa para este artigo dos anos 70 do século passado, pelo que é muito provável que estejam desactualizados.

Um dos artigos mais recentes<sup>17</sup> (publicado em 1999) que foi possível obter sobre esta temática relata um estudo estatístico realizado com dados referentes a aproximadamente 4000 médicos japoneses do sexo masculino, que se tinham formado na universidade de Hokkaido entre os anos de 1926 e 1974, vivos e falecidos (excluindo aqueles que morreram no decorrer de batalhas na 2ª Guerra Mundial). Neste estudo, foi comparada a sua esperança média de vida aos 25 anos, com a da população em geral da mesma idade. Os resultados não foram muito diferentes, sendo de + 52,88 anos (IC 95%, 52,45 - 53,31) para a população estudada que, comparado com o valor para a população em geral, + 52,35 anos, é muito semelhante.

Outro estudo<sup>18</sup>, publicado em 2000, recolhendo dados de mortalidade de médicos do sexo masculino dos EUA entre 1984-1995, relata a idade média à data da morte de médicos caucasianos e negros, face a todas as mortes desse período na população americana. Os resultados foram de 73,0 vs 70,3 para médicos caucasianos vs população caucasiana e de 68,7 vs 63,6 para médicos negros vs população negra.

### **2.2 - Mortalidade**

De novo, os dados existentes relativos a taxas de mortalidade da classe médica são também antigos, sendo a maior parte relativa a dados com mais de 10-15 anos, e referindo-se principalmente a dados colhidos em relação a médicos do sexo masculino e de raça caucasiana. Deste modo, as conclusões que se podem tirar perdem força estatística. No

entanto, um facto parece ser evidente: a classe médica tende a apresentar uma taxa de mortalidade bastante menor que a população em geral, com taxas de mortalidade padronizadas de aproximadamente 0,4-0,8 vezes a da população restante. Na tabela 1, abaixo, estão representados dados de 3 estudos retrospectivos de taxas de mortalidade gerais e específicas de médicos.

A análise da tabela 1 revela que, para quase todas as causas, a taxa de mortalidade dos médicos é menor que a da população em geral. A excepção notável a esta tendência é o suicídio, de prevalência claramente superior na classe médica. Esta questão será discutida mais extensamente no capítulo de saúde mental.

Perante os dados até agora observados, algumas questões e comentários se impõem em relação a este tema:

- Mortalidade por uma causa não é o mesmo que incidência dessa causa: O facto de existir uma menor taxa de mortalidade por determinada patologia não implica que essa seja menos incidente/prevalente. É possível que diagnóstico atempado e acesso a tratamentos mais eficazes possam diminuir a taxa de mortalidade face a uma igual incidência. Contudo, isto opõe-se ao facto de que os médicos recorrem menos a cuidados de saúde. São necessários estudos comparativos de incidência e letalidade para poder avaliar esta questão.
- Estatuto socioeconómico: Este é dos factores mais importantes na determinação de saúde, sendo que esta é directamente proporcional ao nível socioeconómico.<sup>19</sup> Sendo os médicos uma classe com rendimento económico e posição social médios a altos, será de esperar que tal factor possa influenciar os seus níveis de saúde e doença. Um estudo norueguês<sup>20</sup> comparou taxas de mortalidade de médicos e de outras pessoas com formação de ensino superior com as da população em geral, sendo que os valores entre médicos e outros formados eram geralmente semelhantes (sendo uma excepção

importante o suicídio). Embora "formação superior" não seja o mesmo que "elevado estatuto socioeconómico", ainda assim é um possível indicador de que as diferenças dos médicos em termos de mortalidades possam ser influenciadas por este factor. Estudos comparativos desenhados para estudar este factor seriam um tópico de interesse.

- Exposição a factores de risco: Podem existir, de facto, menores valores de incidência/prevalência de patologias, estando associados a diferentes exposições a factores de risco, como tabagismo, que podem explicar menores incidências e, assim, menores taxas de mortalidade. No entanto, factores de risco aos quais os médicos estão mais expostos (como agentes infecciosos) não se traduzem necessariamente em taxas de mortalidade mais elevadas em patologias com eles relacionadas.
- Acesso a cuidados de saúde: Melhor reconhecimento de sinais e sintomas, diagnóstico atempado e tratamentos mais eficazes podem explicar menores taxas de mortalidade. Contudo, como já referido anteriormente, os médicos recorrem menos a cuidados de saúde, recorrendo com frequência ao auto-diagnóstico e à auto-medicação.

**Tabela 1 - Taxas padronizadas de mortalidade, gerais e específicas, para algumas causas na classe médica, expressas como razão para as taxas da população em geral.**

Causas	Estudo A <sup>21</sup>	Estudo B <sup>22</sup>	Estudo C <sup>20</sup>
	Taxa (IC 95%)	Taxa (IC 95%)	Taxa (IC 95%)
<b>Todas as causas</b>	0,44 (0,38-0,51)	0,48 (0,46-0,49)	Homens: 0,76 (0,73-0,79) Mulheres: 0,83 (0,74-0,94)
<b>Eventos cardiovasculares</b>	0,30 (0,22-0,40)	0,49 (0,46-0,51)	Homens 0,71 (0,67-0,76) Mulheres: 0,71 (0,59-0,86)
<b>Doenças Infecciosas</b>	Sem dados	0,40 (0,21-0,68)	Homens: 0,80 (0,52-1,22) Mulheres: 1,36 (0,51-3,63)
<b>Doenças endócrinas</b>	Sem dados	0,34 (0,21-0,52)	0,51 (0,33-0,78) 0,73 (0,27-1,95)
<b>Doenças digestivas</b>	Sem dados	0,52 (0,41-0,65)	Homens: 0,66 (0,57-0,76) Mulheres: 1,02 (0,71-1,45)
<b>Neoplasias</b>	0,46 (0,35-0,60)	0,47 (0,44-0,50)	Homens: 0,87 (0,81-0,94) Mulheres: 0,85 (0,68-1,06)
<b>Suicídio</b>	1,82 (1,11-2,82)	Homens: 0,96 (0,71-1,25) Mulheres: 2,15 (0,93-4,23)	Homens: 1,77 (1,45-2,16) Mulheres: 2,93 (1,70-5,04)
<b>Doenças respiratórias</b>	0,29 (0,13-0,58)	0,23 (0,19-0,27)	Homens: 0,66 (0,57-0,76) Mulheres: 1,02 (0,71-1,45)
<p><b>Legenda:</b> Estudo A: EUA, n=1153 médicos do sexo masculino Estudo B: Reino Unido, n=18358 médicos sexo masculino, 2167 sexo feminino, dados entre 1962-92, quando diferença não significativa, registados valores conjuntos Estudo C: Noruega, dados entre 1963-2000, n=1500000 médicos</p>			

### 3 - Estilo de Vida

O estilo de vida é dos factores que mais influenciam a saúde de uma população. Assim sendo, uma análise de estilos de vida na população médica é fundamental para entender as razões das diferenças que esta apresenta face à restante população. Não obstante, sensibilizar os médicos para o seu próprio estilo de vida tem benefícios que vão para além deles, pois médicos que seguem estilos de vida saudáveis tendem a aconselhar melhor os seus doentes e a, mais eficazmente, levá-los a adoptar mudanças no seu estilo de vida.<sup>23</sup> Assim, descrevo aqui alguns dos hábitos de vida dos médicos:

- Alimentação - Um artigo de revisão canadiano<sup>23</sup> ilustra alguns dos hábitos alimentares dos médicos: maior consumo de frutas e vegetais, com mais de metade das populações estudadas a consumir as porções recomendadas, mas uma pior nutrição durante as horas de expediente. Isto não só influencia o médico como o doente. De modo geral, aqueles que relatavam má nutrição neste período queixavam-se também de diversos sintomas, como irritabilidade, tonturas e tremores, e sintomas cognitivos, como dificuldade em tomar decisões ou falta de concentração. Estes sintomas cognitivos são preocupantes pois podem levar a pior qualidade da prestação de cuidados e a erros médicos.<sup>23</sup>
- Exercício - Em relação ao exercício, o artigo acima citado<sup>23</sup> também refere que os médicos canadianos tendem a praticar os mesmos níveis de exercício moderado a intenso que a restante população, menos de metade do recomendado para aquele país, 15 minutos/dia vs. 150 minutos/semana (aproximadamente 20 minutos/dia).
- Hábitos de sono - Aproximadamente metade de médicos de família se queixa de problemas com o sono e cerca de 2 terços se queixa de sensação de sono e

exaustão em pelo menos 3 dias por semana. A privação crónica de sono é um problema que merece ser lidado adequadamente, pois leva a desempenho cognitivo diminuído, maiores taxas de erros médicos e de lesões percutâneas.<sup>23</sup>

- Tabagismo e consumo de álcool - Os dados acerca da prevalência do consumo destas 2 substâncias são variáveis de país para país<sup>24</sup>, pelo que generalizações acerca destes 2 hábitos na classe médica devem ser feitas com cuidado. Um artigo suíço de 2007<sup>24</sup> relata um inquérito realizado a 2756 médicos de cuidados primários suíços, com taxa de resposta de 65%. Neste estudo, a prevalência de médicos actualmente fumadores era menos de metade da população em geral (12% vs. 30%). Por outro lado, a prevalência de médicos abstinentes para o álcool era de apenas 4% vs 22% para a restante população e aqueles médicos que consumiam álcool tendiam fazê-lo em maiores quantidades, sendo 30% o número de consumidores em risco face a 15% na população em geral. Uma generalização destes valores deve ser feita com cuidado, mas estes poderão indicar uma tendência subjacente.



## 4 - Saúde mental

A saúde mental é, provavelmente, a área mais estudada e aquela em que se notam problemas maiores, quer a nível de prevalência de patologia, quer a nível das dificuldades sentidas por estes profissionais na procura de ajuda. Um artigo Neerlandês de 2012<sup>25</sup> descreve taxas de prevalência de perturbações de saúde mental num centro académico médico de 42% para fadiga relacionada com o trabalho, 29% para depressão, 24% para ansiedade, 15% para queixas de *stress* e de *stress* pós-traumático e 6% para *burnout*. Apesar destes valores não serem exactamente os mesmos que os relatados noutros estudos em relação a depressão e *burnout*, dão alguma dimensão do problema, e da necessidade de uma maior intervenção neste campo.

### 4.1 - Burnout

O termo "*burnout*" (que pode ser traduzido em português por exaustão ou esgotamento), é proveniente da aeronáutica, dos anos 40 do século passado, sendo inicialmente aplicado a motores a jacto que deixavam de funcionar. Foi em meados da década de 70 que Freudenberger<sup>26</sup> primeiro aplicou este termo a uma entidade médica. O posterior trabalho de Maslach<sup>27</sup> permitiu uma definição mais precisa e um método de avaliação, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI). A definição de Maslach de *burnout*, assentando em 3 dimensões, consiste num síndrome de:

- (1) Exaustão emocional (EE), consistindo num estado de esgotamento emocional, psicológico e físico;
- (2) Despersonalização (DP), consistindo em distanciamento emocional interpessoal e objectificação daqueles em seu redor;
- (3) Ausência/baixos sentimentos de realização pessoal (*Personal accomplishment*, PA).

Este síndrome ocorre em indivíduos empregados em serviços humanos, devido a condições de trabalho excessivamente stressantes e exigentes, que ultrapassam as capacidades de "coping" do trabalhador.<sup>27</sup>

Valores precisos da prevalência desta entidade são difíceis de obter, em parte pela utilização de diferentes definições, quer pelas diferentes prevalências em diferentes países. Contudo, dados de 2 estudos, um europeu<sup>28</sup> e outro português,<sup>29</sup> revelam valores relativamente altos de *burnout* nas diferentes dimensões deste. Os valores encontrados são significativos, e estão resumidos na tabela 2.

**Tabela 2: Frequência relativa da prevalência de *scores* positivos nas diversas dimensões do *burnout* em Médicos de família Europeus e Portugueses**

<b>Dimensão afectada</b>	<b>Estudo Europa<sup>28</sup> (n=1393)</b> <b>(IC 95%)</b>	<b>Estudo Portugal<sup>29</sup> (n=150)</b> <b>(IC 99%)</b>
<b>Altos Níveis EE</b>	43,0 (40,5–45,6)	25,3 (16,7-35,5)
<b>Altos Níveis DP</b>	35,3 (32,9–37,9)	16,2 (9,3-25,4)
<b>Baixos Níveis PA</b>	32,0 (29,6 to 34,5)	16,7 (9,7-25,7)
<b>Scores Positivos em 2 dimensões</b>	21,4% (19,3–23,6)	-
<b>Scores Positivos nas 3 dimensões</b>	12,0% (10,4–13,8)	-
<b>Sem Scores Elevados nas 3 dimensões</b>	35,1% (32,6–37,7)	-
<b>Legenda:</b> EE: Exaustão emocional, DP: Despersonalização, PA: <i>Personal accomplishment</i>		

O *burnout* é uma resposta mal-adaptativa ao *stress* crónico<sup>4</sup>. Sendo assim, não é de espantar que os médicos possam apresentar elevados *scores* de *burnout*. De um modo geral,

os factores psicossociais que afectam o modo como o médico assume o papel de doente (discutidos anteriormente), são muitas vezes geradores de *burnout*: As expectativas demasiado elevadas, os traços obsessivos e perfeccionistas, o auto-sacrifício, a dependência do trabalho e o adiamento das gratificações; além destes, outros podem estar envolvidos, como formação médica focada no saber e no saber-fazer, ao invés do saber-ser; falta de preparação para a ambiguidade da prática clínica real, condições de trabalho desadequadas, falta de recursos e horas excessivas.<sup>4,30</sup>

Assim sendo, o que pode ser feito para prevenir e tratar esta situação? A prevenção mais eficaz do *burnout* baseia-se na promoção do bem-estar físico e psicológico.<sup>30</sup> Esta deve ser iniciada com a formação, tentando combater as expectativas idealistas que os formandos vão aprendendo durante o seu percurso académico, ensinando os futuros médicos a considerar mais do que o seu conhecimento teórico da arte, mas também a sua posição no mundo, as suas interações com os outros e a necessidade de cuidar de si mesmos.<sup>30</sup>

## **4.2 - Depressão**

Os Médicos são notavelmente ineficazes a diagnosticar depressão não só nos seus doentes, como em si mesmos<sup>8</sup>. A depressão é, na verdade, uma importante fonte de incapacidade na classe médica, não tanto por uma prevalência maior, mas por diferentes factores psicossociais inerentes aos próprios médicos e por uma maior incidência/prevalência das suas consequências, quer para si próprios (como o suicídio), quer para outros (erros diagnósticos e terapêuticos).

A literatura existente descreve a probabilidade de um médico vir a sofrer de depressão ao longo da sua vida como semelhante à da população em geral<sup>1,5,8</sup> (12% para médicos e 19,5% para médicas). Estes dados, no entanto, referem-se a estudos antigos<sup>1</sup>, (muitos dos quais com uma década ou mais) e a taxas de depressões auto-relatadas, facto que poderá esconder o verdadeiro valor.

Contudo, apesar da taxa semelhante à da população em geral, existem algumas diferenças. A taxa de depressão em alunos de medicina e em internos de especialidade é significativamente mais alta, sendo descrita entre 15-30%<sup>1,9</sup>. Num estudo longitudinal realizado pela Universidade da Califórnia - São Francisco<sup>31</sup>, observou-se uma prevalência de depressão semelhante à da população em geral aquando da entrada para a faculdade, mas que aumentava ao longo da progressão no curso.

### **4.3 - Abuso de substâncias**

Uma avaliação precisa da prevalência de abuso de substâncias por médicos tem sido difícil de realizar. Diversos estudos exibiam amostras demasiado restritas e seleccionadas<sup>32</sup>. Contudo, estima-se<sup>33-35</sup> que esta ronde os 10-15%, um intervalo semelhante ao valor da população em geral. Geralmente, os médicos tendem a abusar mais de álcool (a substância mais utilizada<sup>34</sup>) e fármacos auto-prescritos<sup>35</sup> (benzodiazepinas, opióides fracos e estimulantes), ao invés de substâncias ilícitas, com menor probabilidade de serem experimentadas.<sup>32,33</sup>

Alguns factores parecem contribuir para o diferente padrão de consumo nos médicos e entre profissionais de diferentes especialidades:

- **Acessibilidade** - As substâncias que são mais usadas tendem a ser aquelas que estão mais disponíveis à classe médica e, especificamente, a cada especialidade.<sup>33,35</sup>
- **Stress** laboral e traços de personalidade - como visto anteriormente, os médicos costumam ser mais narcisistas, obsessivos, perfeccionistas e estóicos. Isto, em conjunto com o *stress* laboral a que são submetidos e à ausência de estratégias adequadas de *coping*, pode levar ao consumo como forma de escape.<sup>33,36</sup>
- **"Dual diagnosis"** - Esta entidade caracteriza-se por uma co-morbilidade de doença psiquiátrica e abuso de substâncias. Apesar de não haver dados sólidos sobre a prevalência desta entidade em médicos, existem indícios de que possa estar

aumentada, especialmente em relação a doenças do humor e abuso de substâncias.<sup>33</sup> Além disso, como já discutido anteriormente, os médicos são relutantes em pedir ajuda perante questões de saúde, sobretudo mental. Mecanismos de *coping* disfuncionais em relação a esse sofrimento podem ser a auto-prescrição e o abuso de substâncias.<sup>33</sup>

- Relutância em pedir ajuda - não só é um factor predisponente a abuso de substâncias, pois favorece a auto-prescrição, que pode degenerar em consumo excessivo, como retarda o diagnóstico e o tratamento do próprio abuso.<sup>36</sup> Além disso, visto ser uma patologia que também põe em perigo a segurança dos doentes, por erros diagnósticos e terapêuticos, levanta importantes questões médico-legais, como a aptidão para exercer a profissão. Sob o risco de perder a sua licença profissional ao admitir o seu problema de abuso de substâncias, um médico pode recetar pedir ajuda.<sup>32</sup>
- Um estudo em específico<sup>37</sup> abordou as razões citadas por médicos em programas de reabilitação para o abuso de fármacos de prescrição, sendo estas: (i) Lidar com dor física; (ii) Lidar com sofrimento emocional/psiquiátrico; (iii) Lidar com situações de *stress*, (iv) Como substância recreativa e (v) Evitar sintomas de abstinência.

Uma abordagem adequada ao problema é fundamental, pois não afecta apenas o médico, mas também os seus doentes, quer por erros diagnósticos quer terapêuticos, resultantes da incapacidade gerada pelo consumo. Além disso, esta abordagem, para ser eficaz, deve considerar intervenções a nível da prevenção, detecção e tratamento.

Como o médico tende a esconder o seu problema, evidência clara encontrada no local de trabalho geralmente significa doença avançada. É, por isso, necessário manter um elevado índice de suspeição a sinais de que um colega possa estar a padecer de abuso de substâncias. Um diagnóstico atempado pode salvar vidas, quer do médico, quer dos doentes.<sup>32</sup>

Os programas de tratamento empregues, com monitorização apertada e prolongada no tempo (até 5 anos), como a realizada por programas específicos de saúde para médicos (programas que nos EUA são designados por *Physician Health Programs*), tendem a demonstrar excelentes resultados. As taxas de abstinência a 5 anos relatadas por estes programas estão na ordem dos 75-90%.<sup>34,38</sup> Factores apontados para este sucesso parecem ser fortes incentivos à abstinência (como a sua necessidade para poder manter/recuperar licenças profissionais), melhor suporte socioeconómico que outros doentes com esta patologia, melhor *insight* psicológico e uma cultura médica que reforça a resiliência.<sup>33</sup>

#### **4.4 - Suicídio**

O suicídio é uma das entidades nosológicas onde se nota uma clara diferença. Como já foi dado a entender na secção de dados epidemiológicos gerais, a taxa de suicídio dos médicos é maior que a da população em geral. Uma meta-análise<sup>39</sup> de 25 artigos, publicados entre 1963 e 2002, baseados na recolha de causas de morte em bases de dados estatísticas, concluiu que a taxa de suicídio da classe médica era 1,41 (IC 95% 1,21- 1,65) vezes maior para homens e 2,27 (IC 95% 1,90 - 2,73) vezes maior para mulheres. Perante esta diferença, especialmente notável quando comparada com o padrão de taxas de mortalidade mais baixas para as restantes causas de morte, coloca-se a questão: que razões poderão explicar esta diferença?

- Têm sido apontada<sup>40</sup> uma falha comum nos artigos que reportam a taxa de suicídio médico: o registo de suicídios concretizados ao invés das tentativas de suicídio. A diferença observada pode-se dever, não a um número mais elevado de tentativas de suicídio, mas ao facto de estas tentativas terem uma letalidade mais elevada, quer por acesso a meios mais letais (como fármacos), quer por um melhor conhecimento da anatomia e fisiologia humanas.

- A incidência reportada de patologia mental major em médicos, como depressão ou abuso de substâncias é relativamente semelhante à da população em geral. Contudo, existe especulação de que as taxas de depressão possam ser mais altas que as que são reportadas. Tal poderia explicar as taxas de suicídio mais altas.
- Procura de cuidados: Como já discutido para a depressão, a procura de cuidados por parte de médicos para questões de saúde mental é mais baixa que o desejável. Tal facto pode influenciar o suicídio, já que casos de depressão que poderiam ser tratados a tempo, são permitidos progredir até consequências extremas.

A tabela 3 evidência um conjunto de factores preditivos/de risco para um médico se suicidar:

**Tabela 3 - Perfil dos factores de risco do médico se suicida**

<b>Sexo e idade</b>	Mulher: 45 anos ou mais Homem: 50 anos ou mais
<b>Raça:</b>	Caucasiana
<b>Estado civil</b>	Divorciado(a), separado(a), solteiro(a) ou com problemas matrimoniais
<b>Factores de risco</b>	Depressão, abuso de substâncias, " <i>workaholic</i> ", Excessiva procura de riscos (especialmente jogadores de altas apostas ou "viciados em adrenalina")
<b>Situação médica</b>	Sintomas ou história pregressa de patologia psiquiátrica (especialmente depressão e ansiedade), Doença física (Dor ou doença crónica debilitante)
<b>Profissional</b>	Ameaças a estatuto profissional, autonomia, segurança, estabilidade financeira, perdas recentes, aumento de exigências laborais
<b>Acesso a meios</b>	Acesso a fármacos; acesso a armas de fogo
<b>Adaptado de:</b> Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. JAMA. 2003;289(23):3161–6.	



## 5 - Infecçologia

A exposição a doenças infecciosas é uma constante da prática médica, quer pelo contacto com doenças de transmissão inter-pessoal ou por a alguns dos melhores meios de cultura microbiológica (hospitais, centros de saúde e clínicas). Em contrapartida, existem mecanismos preventivos e de combate a essas mesmas infecções, como desinfecção, mecanismos de isolamento, acondicionamento de objectos cortantes, vacinação e profilaxia pós-exposição. Sendo assim, como é que estes factos se reflectem em riscos e taxas de infecção? Que programas de prevenção e tratamento existem para minorar esse risco?

Adiante serão discutidos 3 grupos de patologias infecciosas, vírus de transmissão hematogena, tuberculose e influenza.

### 5.1 - Vírus de transmissão hematogena

Apesar de existirem registos de casos de contaminação por contacto de sangue infectado com superfícies mucosas dos trabalhadores, as lesões percutâneas com objectos cortantes são a principal fonte de infecção por vírus de transmissão hematogena em trabalhadores no sector da saúde. Destes, os cirurgiões e os assistentes de laboratório aparentam ser aqueles que se encontram mais susceptíveis. Os principais agentes relatados são os vírus HBV, HCV e HIV, estando os riscos estimados de desenvolvimento de infecção no profissional exposto a sangue de doente infectado explicitados na tabela 4.

Posto isto, que medidas são, ou podem ser, implementadas para minorar este problema? As intervenções devem actuar em várias frentes, quer a nível da prevenção, quer a nível da detecção e tratamento. A nível da prevenção, esta incide não só na prevenção de lesões percutâneas, mediante a implementação de práticas seguras (algumas das quais ilustradas na tabela 5), mas também pela vacinação, mais especificamente, na recomendação da vacinação de todos os profissionais contra a HBV e na monitorização da sua resposta

serológica. A nível do tratamento, este assenta em medidas específicas de profilaxia para cada um dos vírus:

- **HBV:** Se o profissional estiver vacinado e com resposta serológica positiva, não é necessário qualquer tratamento ou avaliação subsequente; se profissional não for vacinado, e o doente for HBsAg positivo ou desconhecido, deve ser iniciada profilaxia com imunoglobulina anti-HBV, vacina ou ambos.
- **HCV:** Não existindo profilaxia disponível, a abordagem baseia-se no diagnóstico precoce da infecção (através de doseamentos seriados da ALT, do anticorpo anti-HCV e, se estes forem positivos, no doseamento do RNA do vírus), e no seu tratamento com interferões peguilados e fármacos antivirais.
- **HIV:** Nestes casos, a abordagem baseia-se na profilaxia com anti-retrovirais pós-exposição.<sup>41</sup>

**Tabela 4: Risco de infecção do profissional de saúde após lesão percutânea com material contaminado com sangue de doente infectado por HBV, HCV ou HIV.**

Vírus responsável	Risco de contracção de doença após exposição
<b>HBV</b>	Até <b>30%</b> , se não existir profilaxia pós-exposição ou vacinação prévia
<b>HCV</b>	<b>0,5%</b> ; nulo se carga viral do doente não doseável
<b>HIV</b>	<b>&lt;0,3%</b>
<b>Adaptado de:</b> Deuffic-Burban S, Delarocque-Astagneau E, Abiteboul D, Bouvet E, Yazdanpanah Y. Blood-borne viruses in health care workers: Prevention and management. J Clin Virol [Internet]. Elsevier B.V.; 2011;52(1):4–10	

**Tabela 5: Estratégias de prevenção de Lesões percutâneas em profissionais de saúde**

Lavagem das mãos após contacto com doentes
Uso de luvas e de outros mecanismos-barreira
Manipulação manual mínima de instrumentos cortantes (como evicção de recolocação de tampas em agulhas)
Eliminação de instrumentos cortantes em contentores próprios
Implementação do uso de dispositivos cortantes com medidas de segurança
Sessões de instrução e treino regulares para profissionais de saúde
<b>Adaptado de:</b> Deuffic-Burban S, Delarocque-Astagneau E, Abiteboul D, Bouvet E, Yazdanpanah Y. Blood-borne viruses in health care workers: Prevention and management. J Clin Virol [Internet]. Elsevier B.V.; 2011;52(1):4–10

## **5.2 - Tuberculose**

A infecção por *Mycobacterium tuberculosis* em profissionais do sector da saúde é uma das que está mais bem documentada. Dados de um artigo espanhol sobre o tema<sup>42</sup>, citam valores médios de incidência de infecção latente em profissionais de saúde de 1,1%/ano em países de alto rendimento económico (*high-income countries*) e de 5,8%/ano para países de baixo rendimento (*low-income countries*). Este artigo refere também os serviços onde havia maior probabilidade de um profissional de saúde adquirir uma infecção latente, a saber, Urgências, Pneumologia, Medicina Interna, Microbiologia e Anatomia Patológica. Um artigo de revisão de 2007<sup>43</sup>, refere valores de incidência de doença activa em países de alto rendimento económico variáveis entre estudos, mas estima que esta seja ligeiramente superior à população em geral.

### **5.3 - Influenza**

Estima-se que 20% dos profissionais de saúde sejam infectados todos os anos.<sup>44</sup> Além disso, a tendência é de que estes vão trabalhar enquanto doentes. Estes 2 factores podem levar à disseminação do vírus a doentes, levando a infecções nosocomiais, com elevado custo económico e médico, com 1 em cada 20 mortes em doentes com mais de 65 anos nos EUA causada por infecção por Influenza.<sup>45</sup> A vacinação dos profissionais de saúde contra o vírus da Influenza representa o melhor método de redução do risco de infecção nosocomial por este organismo, podendo diminuir a mortalidade por esta patologia entre doentes idosos.<sup>44</sup> Por isto, tem sido repetidamente recomendada por diversas entidades de vigilância de saúde.<sup>45</sup> Contudo, apesar dos melhores esforços, as taxas de vacinação dos profissionais de saúde dificilmente ultrapassam os 70%.<sup>45</sup>

## 6 - Saúde reprodutiva

Existem algumas evidências de que as médicas poderão apresentar características e riscos diferentes no que toca à sua saúde reprodutiva:

- Existem dados sugestivos de que possam haver maiores taxas de gravidezes de risco, abortos espontâneos ou complicações durante a gravidez em médicas face à população em geral.<sup>46</sup> Um estudo realizado em médicas da Hungria acerca de eventos de saúde reprodutiva confirma esta possibilidade, estando os dados recolhidos descritos na tabela 6. Este artigo estuda também a hipótese de o *burnout* em médicas poder estar associado a estes eventos, associando elevados *scores* de despersonalização com gravidezes de alto risco (OR ajustado: 1,086 (IC 95% 0,761-1,671)).<sup>46</sup> Contudo, visto o intervalo de confiança conter a unidade, esta associação é questionável.
- Devido à natureza da sua exposição profissional, devem ser tidas especiais precauções em relação à exposição a agentes infecciosos, como HIV, HBC, HCV, rubéola, varicela e herpes, entre outros agentes. Apesar de não existirem dados fortes de taxas de infecção ou risco aumentados, maior vigilância e prevenção deve ser implementada, quer da parte da própria profissional de saúde, da entidade de cuidados pré-natais, quer da parte da entidade patronal.<sup>47</sup>
- Um estudo retrospectivo caso-controlo, feito nos EUA<sup>48</sup>, com dados de 1997-2003, de 9000 casos de defeitos congénitos, isolados ou múltiplos, e de 3800 gravidezes controlo, comparou probabilidades de diversas profissões maternas estarem associadas a determinados defeitos congénitos, expressando-os como *Odds-ratio*. Um dos grupos analisado era o das trabalhadoras no sector da saúde (que, para além de médicas, engloba dentistas, enfermeiras, técnicas de radiologia, medicina nuclear, etc.), sendo o número de casos 1093 (12%) e de controlos 441 (13%). Os *Odds-ratio* para os 5 tipos

de defeitos congénitos com diferença estatisticamente significativa estão ilustrados na tabela 7.

**Tabela 6: Comparação de taxas de eventos de saúde reprodutiva entre médicas e mulheres de grupo controlo da Hungria**

<b>Evento</b>	<b>Médicas (n=3039)</b>	<b>Grupo controlo (n=1069)</b>
<b>Intervalo &gt;1 ano até gravidez</b>	18,4%	9,8%
<b>Gravidez de alto risco</b>	26,3%	16,3%
<b>Uso de tratamentos de infertilidade</b>	8,5%	3,4%
<b>Interrupção de gravidez</b>	21,0%	22,6%
<b>Abortos espontâneos</b>	20,8%	14,6%
<b>Adaptado de:</b> Gyorffy Z, Dweik D, Girasek E. Reproductive health and burn-out among female physicians : nationwide, representative study from Hungary. BMC Womens Health. 2014;14(121):1–12.		

**Tabela 7: Odds-ratio de 5 tipos de defeitos congénitos em gravidezes de mães trabalhadoras no sector da saúde**

<b>Tipo de Malformação</b>	<b>Odds-Ratio (IC 95%)</b>
<b>Defeitos Cono-truncais</b>	0,74 (0,55 - 0,98)
<b>Hidrocéfalo</b>	2,23 (1,50 - 3,33)
<b>Fendas labio-palatinas</b>	0,80 (0,65 - 0,98)
<b>Defeitos do fluxo de saída do ventrículo direito</b>	0,69 (0,49 - 0,96)
<b>Anomalias transversas dos membros</b>	1,52 (1,05 - 2,20)
<b>Adaptado de:</b> Herdt-Losavio ML, Lin S, Chapman BR, Hooiveld M, Olshan a, Liu X, et al. Maternal occupation and the risk of birth defects: an overview from the National Birth Defects Prevention Study. Occup Environ Med. 2010;67:58–66	

## Conclusão

No início deste artigo propus a ideia de que os médicos poderiam ser diferentes na maneira como adoecem e como lidam com a sua doença. Chegado a este ponto, posso afirmar que esta ideia se confirma: esta classe realmente mostra diferenças clínicas e epidemiológicas face à população em geral.

Enquanto doente, o médico mostra uma perniciosa relutância em procurar cuidados de saúde para si mesmo e em se auto-medicar. Esta atitude deriva de diversos factores psicossociais, como a crença na sua própria invulnerabilidade ou os receios acerca da confidencialidade da relação médico-doente e de estigmatização.

Em relação à mortalidade existem claras diferenças. As taxas de mortalidade gerais e específicas dos médicos são 0,4 a 0,8 vezes as da população em geral, com a excepção do suicídio, que apresenta uma incidência claramente superior. Algumas explicações para estes valores poderão incluir menores incidências destas doenças, acesso a melhores tratamentos ou influência do estatuto socioeconómico. Contudo, isto é algo paradoxal. Se os médicos recorrem menos vezes a cuidados de saúde, porque mostram então mortalidades menores? Curiosamente, isto pode mostrar quão pouco os cuidados de saúde intervêm como determinantes de saúde e como a influência do estilo de vida e do estatuto socioeconómico poderá desempenhar um papel muito mais importante.

Quanto ao estilo de vida, algumas das diferenças são para melhor, como menores taxas de tabagismo, e outras para pior, como as reduzidas horas de sono. Alguns hábitos são semelhantes, como o exercício. No entanto, os dados apresentados acerca deste tópico basearam-se principalmente em 2 artigos de revisão. Será que se poderão generalizar estas conclusões?

Em termos de saúde mental, são preocupantes os níveis de *burnout* e de suicídio. Os médicos põem termo à sua própria vida a uma taxa aproximadamente 2 vezes maior que a população em geral. Isto é particularmente relevante dado que os valores de mortalidade para outras causas são geralmente menores em médicos. Que razões poderão ser apontadas para esta discrepância? Serão os médicos mais "eficazes" no suicídio, por conhecerem melhor a anatomia e fisiologia ou por terem acesso a meios mais letais? Será por falhas no tratamento de doenças psiquiátricas ou por um fraco reconhecimento dos sintomas e sinais destas, por si mesmos ou pelos colegas? Todos estes factores poderão estar envolvidos.

Quanto a doenças infecciosas, os médicos estão submetidos a maiores riscos, como lesões percutâneas e a possibilidade de infecções por agentes transmissíveis pelo sangue. Abordagens adequadas podem minorar este problema.

A nível de saúde reprodutiva, são evidentes algumas diferenças relativas a riscos de defeitos congénitos e maior prevalência de eventos adversos, como gestações de alto risco e abortos espontâneos.

Ao longo da redacção deste artigo foi notável a escassez de estudos sobre este tema e as frequentes falhas metodológicas, como amostras pequenas ou demasiado seleccionadas (os estudos sobre mortalidade frequentemente utilizavam apenas médicos do sexo masculino de raça dita "caucasiana"). Porque se verificará isto? Será por os médicos não se interessarem pela sua própria doença? Por terem medo de descobrirem a verdade acerca de si mesmos? Será isto também um mecanismo de *coping* para tentar esquecer a sua vulnerabilidade inerente e os riscos a que estão mais expostos?

Contudo, este artigo apresenta algumas limitações. Apenas abordei 3 principais grupos nosológicos: a doença mental, as doenças infecciosas (aqui apenas seleccionados 3 tipos de agentes) e a saúde reprodutiva, tendo faltado algumas discussões importantes acerca da exposição a radiações e a produtos químicos bem como a prevalência de doenças



cardiovasculares, respiratórias, neurológicas e outras. Isto deveu-se, em parte, à escassez de artigos acerca destas temáticas e também à incongruência dos seus resultados.

Perante estes problemas, que abordagens se podem adoptar? Como se poderão prevenir os maiores riscos, sobretudo a nível da saúde mental e das atitudes do médico enquanto doente? Considero que esta deve passar por tentativas de quebrar os estigmas sociais e profissionais, passando pela sensibilização dos médicos já formados e, mais importante, pela educação e reflexão sobre esta problemática durante o ensino pré-graduado.

Por fim, fica o desafio à investigação, às iniciativas e à reflexão sobre esta temática, para que os médicos não se esqueçam de que também serão doentes, tal como os seus utentes. Eles têm direito a adoecer e a ser tratados com respeito e empatia, tal como qualquer outra pessoa.

## Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a ajuda de algumas pessoas. Assim sendo, não poderia deixar de mostrar a minha gratidão:

Ao meu orientador, o Professor Doutor Salvador Massano Cardoso, por ter aceite ser parte integrante deste trabalho, pela ajuda e orientação dadas e pelo ensino ministrado ao longo deste percurso académico;

À minha família, cujo suporte e auxílio me permitiram a frequência nesta *mui* nobre escola de medicina;

Aos meus amigos, pelo companheirismo, auxílio, suporte, conselhos e correcções, quer na realização deste trabalho, quer nestes demasiado curtos 6 anos de convivência.

Por tudo isto e muito mais, o meu muito obrigado!

## Referências bibliográficas

1. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA*. 2003;289(23):3161–6.
2. Domeyer-Klenske A, Rosenbaum M. When doctor becomes patient: Challenges and strategies in caring for physician-patients. *Fam Med*. 2012;44(7):471–7.
3. Riley GJ. Understanding the stresses and strains of being a doctor. *Med J Aust*. 2004;181(7):350–3.
4. Frasquilho MA. Medicina, médicos e pessoas: Compreender o stresse para prevenir o burnout. *Acta Med Port*. 2005;18:433–44.
5. Miller NM, McGowen RK. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J*. 2000;93(10):966–73.
6. Henderson M, Brooks SK, del Busso L, Chalder T, Harvey SB, Hotopf M, et al. Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *BMJ Open*. 2012;2:e001776–e001776.
7. Druss RG. The magic white coat. *Ann Intern Med*. 1998;129(August):743.
8. Andrew LB. Physician Suicide [Internet]. Medscape. 2014 [cited 2015 Feb 2]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/806779-overview#aw2aab6b3>
9. Bright RP, Krahn L. Depression and suicide among physicians. *Curr Psychiatr*. 2011;10(04):16–30.
10. Gross CP, Mead LA, Ford DE, Klang MJ. Physician, heal Thyself? Regular source of care and use of preventive health services among physicians. *Arch Intern Med* [Internet]. 2000 [cited 2015 Feb 2];160(21):3209–14. Available from: <http://reference.medscape.com/medline/abstract/11088080>
11. Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: A questionnaire survey. *Med J Aust*. 2003;179:302–5.
12. Fridner A, Belkić K, Marini M, Sendén MG, Schenck-Gustafsson K. Why don't academic physicians seek needed professional help for psychological distress? *Swiss Med Wkly*. 2012;142(July):1–8.
13. Kay MP, Mitchell GK, Mar CB Del. Doctors do not adequately look after their own physical health. *MJA*. 2004;181(7):368–70.
14. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occupational Medicine*. 2011. p. 490–7.
15. Gustafsson Sendén M, Løvseth LT, Schenck-Gustafsson K, Fridner A. What makes physicians go to work while sick: a comparative study of sickness presenteeism in four European countries (HOUPE). *Swiss Med Wkly*. 2013;143(August):1–6.

16. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Policy statement #7-06 - Treating self and family members. *Medicine*. 2007 p. 1–4.
17. Nishi M, Miyake H, Kato T, Yamazoe M, Tanaka E, Ishii T, et al. Life span of Japanese male medical doctors. *J Epidemiol*. 1999;9(5):315–9.
18. Frank E, Biola H, Burnett C a. Mortality rates and causes among U.S. physicians. *Am J Prev Med*. 2000;19(3):155–9.
19. Winkleby M a., Jatulis DE, Frank E, Fortmann SP. Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *Am J Public Health*. 1992;82(6):816–20.
20. Aasland OG, Hem E, Haldorsen T, Ekeberg Ø. Mortality among Norwegian doctors 1960-2000. *BMC Public Health* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011;11(1):173. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/173>
21. Torre DM, Wang N-Y, Meoni L a, Young JH, Klag MJ, Ford DE. Suicide compared to other causes of mortality in physicians. *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35(April):146–53.
22. Carpenter LM, Swerdlow a J, Fear NT. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants. *Occup Environ Med*. 1997;54:388–95.
23. Tyzuk K. Physician health : A review of lifestyle behaviors and preventive health care among physicians. *B C Med J*. 2012;54(8):419–23.
24. Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier P a. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2007;7(5).
25. Ruitenburt MM, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. BMC Health Services Research; 2012;12(1):292. Available from: BMC Health Services Research
26. Felton JS. Burnout as a clinical entity--its importance in health care workers. *Occup Med (Lond)*. 1998;48(4):237–50.
27. Lee RT, Ashforth BE. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *J Appl Psychol*. 1990;75(6):743–7.
28. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et al. Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25(July):245–65.
29. Marcelino G, Cerveira JM, Carvalho I, Costa J a., Lopes M, Calado NE, et al. Burnout levels among Portuguese family doctors: a nationwide survey. *BMJ Open*. 2012;2(November 2011):e001050–e001050.
30. Costa MCDSP Da, Almeida JFDS. Burnout nos médicos. Perfil e enquadramento destes doentes. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar; 2009. p. 1–24.

31. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad Med* [Internet]. 2002 Sep [cited 2015 Feb 2];77(9):918–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12228091>
32. Weir E. Substance abuse among physicians. *Cmaj*. 2000;162(12):1730.
33. Braquehais MD, Lusilla P, Bel MJ. Dual Diagnosis Among Physicians : A Clinical Perspective Dual Diagnosis Among Physicians : A Clinical Perspective. *J Dual Diagn*. 2014;10(3):148–55.
34. Wurst FM, Rumpf HJ, Skipper GE, Allen JP, Kunz I, Beschoner P, et al. Estimating the prevalence of drinking problems among physicians. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. Elsevier Inc.; 2013;35(5):561–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.04.018>
35. Dumitrascu CI, Mannes PZ, Gamble LJ, Selzer JA. Substance Use Among Physicians and Medical Students. *Med Student Res J*. 2014;03(Winter):26–35.
36. Puddester D, Flynn L, Cohen J. *CanMEDS Physician Health Guide: A practical Handbook for physician health and well-being*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.; 2009.
37. Merlo LJ, Singhakant S, Cummings SM, Cottler LB. Reasons for Misuse of Prescription Medication Among Physicians Undergoing Monitoring by a Physician Health Program. *Changes*. 2012;29(5):997–1003.
38. Rose JS, Campbell M, Skipper G. Prognosis for Emergency Physician with Substance Abuse Recovery: 5-year Outcome Study. *West J Emerg Med*. 2014;15(February):20–5.
39. Schernhammer ES, Colditz G a. Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004;161:2295–302.
40. Petersen MR, Burnett CA. The suicide mortality of working physicians and dentists. 2008;(October 2007):25–9.
41. Deuffic-Burban S, Delarocque-Astagneau E, Abiteboul D, Bouvet E, Yazdanpanah Y. Blood-borne viruses in health care workers: Prevention and management. *J Clin Virol* [Internet]. Elsevier B.V.; 2011;52(1):4–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcv.2011.05.016>
42. Casas I, Esteve M, Guerola R, García-Olivé I, Roldán-Merino J, Martínez-Rivera C, et al. Incidence of tuberculosis infection among healthcare workers: Risk factors and 20-year evolution. *Respir Med*. 2013;107:601–7.
43. Menzies D, Joshi R, Pai M. Risk of tuberculosis infection and disease associated with work in health care settings. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007;11(6):593–605.
44. Amodio E, Restivo V, Firenze a., Mammina C, Tramuto F, Vitale F. Can influenza vaccination coverage among healthcare workers influence the risk of nosocomial influenza-like illness in hospitalized patients? *J Hosp Infect* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014;86(3):182–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2014.01.005>
45. Ottenberg AL, Wu JT, Poland G a., Jacobson RM, Koenig B a., Tilburt JC. Vaccinating health care workers against influenza: The ethical and legal rationale for a mandate. *Am J Public Health*. 2011;101(2):212–6.

46. Gyorffy Z, Dweik D, Girasek E. Reproductive health and burn-out among female physicians : nationwide, representative study from Hungary. *BMC Womens Health*. 2014;14(121):1–12.
47. Chin TL, MacGowan a P, Jacobson SK, Donati M. Viral infections in pregnancy: advice for healthcare workers. *J Hosp Infect* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014;87(1):11–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24767811>
48. Herdt-Losavio ML, Lin S, Chapman BR, Hooiveld M, Olshan a, Liu X, et al. Maternal occupation and the risk of birth defects: an overview from the National Birth Defects Prevention Study. *Occup Environ Med*. 2010;67:58–66.
49. Santos L. Conflitos e exaustão levam Ordem a criar meios de apoio. *Diário de Notícias* [Internet]. 2014 Aug 18; Available from: [http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=4082448&page=-1](http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=4082448&page=-1)