

Análise da capacidade dos médicos para o trabalho, na cidade de Maringá

Analysis of physicians work ability, in the city of Maringá, Brazil

Mariana Evangelista Gracino¹ , Juliana dos Santos Tortajada¹ , Marina Braga de-Castro-Alves¹ , Stéphanie Freire Garcia¹ , Mirian Ueda Yamaguchi² , Ely Mitie Massuda² 

RESUMO | Introdução: O estresse ocupacional dos médicos pode prejudicar a sua capacidade de trabalho e culminar em erros médicos, assim como no adoecimento desses profissionais. **Objetivos:** Apresentar o perfil sociodemográfico e de trabalho de médicos e analisar o índice de capacidade para o trabalho (ICT) desses profissionais, correlacionando-o aos fatores sociodemográficos, às características do trabalho e ao estilo de vida. **Método:** Estudo transversal em uma amostra aleatória composta de 408 médicos do município de Maringá, Paraná, estratificada por sexo. O questionário autoaplicado é composto por quatro partes: perfil sociodemográfico, características do trabalho, estilo de vida e capacidade para o trabalho. **Resultados:** A maioria dos participantes é do sexo masculino (61,27%), jovem (57,35% entre 20 a 40 anos), casada (61,76%) e que, em geral, concluiu residência médica (50,74%), porém está nos primeiros 10 anos da profissão (47,06%). Em relação à carga horária de trabalho dos participantes, 44,61% trabalham de 50 a 120 horas semanais, 41,18% têm registro em carteira de trabalho e 53,43% dos entrevistados dormem menos de 6 horas por dia. A média do ICT foi 44 pontos, caracterizando ótima capacidade de trabalho. A redução da pontuação do ICT foi proporcional à idade mais elevada, aos anos de trabalho, ao tabagismo, ao sedentarismo e à redução de recursos mentais para enfrentamento. Apenas 1,72% relatou que, considerando sua saúde, era improvável exercer seu trabalho atual daqui a 2 anos. **Conclusão:** Apesar da alta capacidade de trabalho, as características relacionadas ao trabalho e ao estilo de vida dos médicos necessitam intervenções para prevenir prejuízo no desempenho desses profissionais.

Palavras-chave | ambiente de trabalho; avaliação da capacidade de trabalho; condições de trabalho; estilo de vida; perfil epidemiológico.

ABSTRACT | Background: Occupational stress might impair the work ability of physicians, leading to medical errors and illness. **Objectives:** To describe the sociodemographic and occupational profile of physicians, calculate the work ability index (WAI) and correlate it to sociodemographic factors, occupational characteristics and lifestyle. **Method:** Cross-sectional study conducted with a random sample of 408 physicians from Maringá, Paraná, Brazil, stratified per sex. We administered a self-report questionnaire with the following four sections: sociodemographic profile, occupational characteristics, lifestyle, and work ability. **Results:** Most participants were male (61.27%), young (20 to 40 years old—57.35%) and married (61.76%). While participants had usually completed a medical residency program (50.74%) most had worked less than 10 years in the profession (47.06%). About 44.61% of the sample worked 50 to 120 hours / week, 41.18% had formal employment relationship registered in their work card, and 53.43% slept less than six hours/day. The mean WAI was 44, which characterizes excellent work ability. Reduced WAI was associated with older age, longer length in the profession, smoking, sedentary lifestyle, and poorer mental resources to cope with the job demands. Only 1.72% of the participants stated that, based on their current state of health, continuing in the job in two years' time would be unlikely. **Conclusion:** Their excellent work ability notwithstanding, the occupational characteristics and lifestyle of physicians call for interventions to prevent impairments of their professionals performance.

Keywords | work environment; work capacity evaluation; working conditions; life style; health profile.

¹Centro Universitário de Maringá (Unicesumar) - Maringá (PR), Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Unicesumar - Maringá (PR), Brasil.

DOI: 10.5327/Z1679443520180296

INTRODUÇÃO

Médicos são expostos a condições de trabalho, muitas vezes, desgastantes, as quais podem afetar sua capacidade para o exercício profissional. Tal exposição deletéria deve-se à carência de condições ideais de atuação, à excessiva dedicação de tempo à profissão, à falta de estabilidade profissional, à privação de sono, trabalho noturno e à responsabilidade frente ao doente que lhe transfere alta carga emocional¹⁻⁴.

O constante estresse ocupacional pode originar má relação médico-paciente e erros médicos, abstenção médica decorrente de adoecimento e desmotivação^{5,6}. O adoecimento médico nem sempre é percebido, e surge, muitas vezes, em forma de transtornos psiquiátricos, existindo forte associação entre a sobrecarga de trabalho e a exposição à dor, a morte e o sofrimento do paciente^{7,8}. Também pode se manifestar fisicamente, principalmente no sistema musculoesquelético, pela longa jornada em ergonomia desfavorável. As condições de insalubridade e periculosidade encontradas no ambiente de trabalho médico interagem sinergicamente, causando o desgaste profissional^{2,9}.

A falta de assistência aos profissionais para que sejam capazes de desenvolver estratégias para o enfrentamento das adversidades da profissão interfere em sua saúde e no seu trabalho¹⁰. Além disso, poucos médicos dedicam tempo aos fatores protetores contra o estresse ocupacional, como a prática acadêmica, o lazer e as atividades físicas². Tal negligência pode explicar o alto índice de suicídio entre os médicos, cinco vezes maior que na população geral⁹.

Diante da escassez de estudos que abordam esses aspectos dentre médicos, esta pesquisa foi desenvolvida objetivando apresentar o perfil sociodemográfico e de trabalho de médicos e analisar o índice de capacidade para o trabalho (ICT) desses profissionais, correlacionando-o aos fatores sociodemográficos, às características do trabalho e ao estilo de vida. Utilizou-se o ICT, quantificado pela autopercepção do trabalhador sobre sua saúde, capacidade física e mental, e quão satisfatoriamente ele pode realizar seu trabalho^{11,12}.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal por meio de um questionário autoaplicado. Foram identificados 1.993 médicos

cadastrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR), atuantes em Maringá, Paraná, número utilizado para o cálculo da composição da amostra^{13,14}. Utilizou-se o ambiente estatístico R¹⁵, com nível de 95% de confiança, margem de erro de 5%, aplicando o fator de correção para populações finitas. A amostra aleatória proporcional considerou sexo como fator de estratificação. Assim, o tamanho amostral total calculado foi de 408 médicos, sendo 158 mulheres (38,73%) e 250 homens (61,27%), refletindo a população geral em que há predomínio de homens.

A coleta de dados ocorreu nos meses outubro de 2016 a abril de 2017. A partir do nome completo do médico obtido no Portal do CRM-PR¹³, foram sorteados os participantes da pesquisa. O questionário estruturado foi constituído de quatro partes: a primeira era referente ao perfil sociodemográfico do profissional; a segunda referiu-se às características do trabalho médico; a terceira avaliou aspectos do estilo de vida; e a quarta consistiu de um instrumento para obtenção do ICT, por meio da autopercepção dos médicos participantes em relação às exigências no trabalho e à forma de enfrentá-las. O ICT é uma ferramenta para demonstrar riscos à saúde do trabalhador, impostas por um desequilíbrio entre saúde, recursos pessoais e demandas laborais¹¹. Por meio do teste-reteste comprovou-se a consistência interna do questionário, e a validade interna foi demonstrada pela correlação entre os resultados subjetivos do ICT e as avaliações clínicas do estado de saúde e da capacidade funcional¹⁶.

O ICT foi elaborado a partir de estudos realizados na Finlândia entre 1981 e 1992, tendo sido traduzido e adaptado para uso no Brasil no final da década de 1990¹². O instrumento é composto de 10 questões sintetizadas em 7 dimensões, com pontuação total variando de 7 a 49 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a capacidade de trabalho. A pontuação obtida é estratificada em quatro categorias: 7 a 27 pontos corresponde à baixa capacidade para o trabalho; 28 a 36, à moderada; 37 a 43, à boa; e 44 a 49 pontos, à ótima capacidade. Realizou-se análise descritiva dos dados para a obtenção de gráficos e tabelas de frequência. Posteriormente, com o intuito de avaliar a relação e a influência das variáveis sociodemográficas, das características do trabalho e do estilo de vida para o ICT apresentado pelos médicos, um modelo de regressão foi proposto. Uma vez que, pela análise de resíduos, as suposições necessárias para a validade dos resultados do modelo

de regressão linear múltiplo não foram verificadas, optou-se pela utilização da distribuição Gumbel para dados moderadamente assimétricos à esquerda¹⁷.

A influência de cada variável no modelo de regressão foi analisada por meio do teste da razão de verossimilhança (TRV), que foi aplicado sucessivamente à inclusão de cada variável independente. Já a qualidade do ajuste foi verificada pela análise dos resíduos, e o ajuste considerando a distribuição Gumbel se mostrou mais adequado em relação ao ajuste com a distribuição normal¹⁸. A significância de cada coeficiente de regressão foi avaliada por meio do valor da estatística do teste *t* de Student, obtida por meio do ajuste do modelo proposto. Por avaliar a contribuição para a qualidade do ajuste, os resultados do TRV podem diferir em alguns casos dos resultados do teste *t* de Student, que avalia a significância dos parâmetros do modelo e corresponde aos efeitos de cada nível/unidade das variáveis na média do ICT. Para a verificação da associação entre as variáveis referentes ao trabalho, foi utilizado o teste do χ^2 de Sheskin¹⁹. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*)¹⁵, versão 3.3.1, e para o ajuste do modelo de regressão Gumbel foi utilizado o pacote *Gamlss*.

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi solicitada para cada um dos participantes da pesquisa, atendendo à Resolução CNS nº 466/2012. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), sob o Parecer nº 1.615.193.

RESULTADOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

A maioria dos médicos era do sexo masculino (61,27%). Em relação à idade, obteve-se que 57,35% tinham entre 20 e 40 anos; 35,05%, de 41 a 60 anos, e 7,60% ultrapassavam 61 anos, com média de 41 anos. Quanto à situação conjugal, 61,76% referiram ser casados; 23,28%, solteiros; 7,60%, divorciados; 6,86%, estar em união estável; e 0,49%, viúvos. Também a maioria (55,39%) tinha filhos.

Entre os participantes, 50,74% optaram por concluir residência médica; 13,24%, especialização; 7,84%, mestrado; e 7,11%, doutorado. A taxa de pós-graduados *stricto sensu* (mestres ou doutores) foi de 14,95%.

DENSIDADE MÉDICA

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Maringá em 2016 era 403.063 habitantes²⁰. No mesmo ano, foram registrados 1.993 médicos no município¹¹, apresentando taxa de 4,94 médicos por 1.000 habitantes.

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

Quanto ao tempo de profissão, 47,06% dos médicos exerciam-na há menos de 10 anos; 27,21%, entre 11 e 20 anos; e 25,74%, há mais de 20 anos. Quanto à carga horária de trabalho semanal, 50,98% dos médicos indicou entre 20 e 50 horas; 44,61%, entre 51 e 120 horas; e apenas 4,41%, menos de 20 horas semanais. Somente 0,74% trabalhava exclusivamente no turno noturno, e 49,51%, em turnos alternados. Identificou-se associação do tempo de profissão dos médicos com sua carga horária semanal. Verificou-se que no início da carreira exerciam o ofício por 59,4 horas semanais, em média, enquanto na metade e no final da carreira, 46,8 e 47,2 horas semanais, respectivamente.

Sobre a relação de trabalho, verificou-se que 56,13% dos médicos tinham pelo menos um vínculo empregatício com instituições de saúde (públicas ou privadas), sendo os demais autônomos. Assim como 19,85% praticavam atividade terceirizada e 41,18% tinham registro em carteira de trabalho. Além disso, 13,97% dos médicos exerciam cargo de gestão e/ou administração em saúde e 49,51% atividades acadêmicas.

Entre os 58,82% não registrados, um terço (33%) tinha vínculo empregatício informal. Daqueles com vínculo empregatício, 16,42% trabalhavam em unidades básicas de saúde (UBSs); 11,27%, em unidades de pronto atendimento (UPAs); 28,43%, em hospital; 8,09%, em ambulatório de especialidade; 2,94%, em instituto de perícia; e 5,88%, em outras instituições. Há a ressalva de que os vínculos não eram exclusivamente em uma instituição, portanto os dados são sobrepostos.

Correlacionando as características do trabalho, observou-se que o vínculo empregatício com alguma instituição era mais frequente entre os profissionais terceirizados (70%), em relação aos não terceirizados (53%). Verificou-se também que entre os profissionais com registro em carteira, 29% eram também terceirizados e entre os funcionários não registrados, apenas 14%. Ainda se destacou que 19% dos que exerciam atividade acadêmica também tinham cargos de gestão, ao passo que 9% dos que não exerciam atividade acadêmica eram gestores.

ESTILO DE VIDA

Mais da metade dos participantes (53,43%) apontaram que dormem pouco, em média, menos de 6 horas por dia. No que se refere às atividades físicas e lazer, 60,54% declararam que praticava atividades físicas e, 90,93% desenvolviam atividades de lazer. Detectou-se ainda que apenas 10,54% eram tabagistas.

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Pontuação em cada dimensão e total

Quanto à capacidade de trabalho atual comparada com a melhor *performance* de toda a vida, supondo que a melhor capacidade tenha valor igual a 10 pontos, ressalta-se na Tabela 1 que a maioria dos médicos atribuiu valores altos para essa dimensão (65% atribuíram de 9 a 10 pontos).

Sobre a capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas, observou-se que 47,30% dos participantes consideraram muito boa e 1,96% relatou ser baixa. Quanto às exigências mentais, 56,37% consideraram muito boa e nenhum deles apontou ser baixa ou muito baixa. Também se observou que 56,37% dos médicos não apresentavam lesão por acidente ou doença diagnosticada; entretanto, 9,81% tinham três ou mais doenças (Tabela 1).

Conforme indicado na Tabela 1, 6,87% dos médicos apontaram que, às vezes ou frequentemente, precisavam diminuir seu ritmo de trabalho ou mudar seus métodos de trabalho por conta de lesão ou doença. Em relação ao tempo de afastamento nos últimos 12 meses por motivo de saúde, 65,44% afirmaram que não perderam dia de trabalho, embora 28,68% afirmaram ter se ausentado até nove dias.

Ademais, apenas 1,72% relatou que, considerando sua saúde, era improvável exercer seu trabalho atual daqui a dois anos, enquanto 88,73% consideraram tal situação provável. Quanto aos recursos mentais, 82,60% admitiram apreciar suas atividades diárias, 90,93% se sentiam ativos e alertas e 83,58% se sentiam cheios de esperança para o futuro (Tabela 1).

A Figura 1 apresenta a distribuição da pontuação total do ICT, variando entre 27,5 e 49 pontos, com média de 44 pontos. Nenhum médico apresentou baixa capacidade de trabalho; 5,88% mostraram moderada; 26,96%, boa; e a maioria (63,97%), ótima capacidade para o trabalho.

Observa-se na Figura 1 desvio padrão de 4 pontos, com respectivo coeficiente de variação de 9%, indicando uma baixa

dispersão e distribuição assimétrica à esquerda (ou negativa). Assim como coeficiente de assimetria de -1,27 por causa da concentração dos dados acima da média do ICT.

Padronizando-se a pontuação de cada item do ICT para a escala de 0 a 1 (Figura 2), a menor média foi observada no item “número de doenças atuais diagnosticadas por médicos”, visto que os médicos com maior número de doenças diagnosticadas tinham menor pontuação no ICT. Outro item que obteve pontuação padronizada média menor em relação aos demais foi “recursos mentais”, prejudicado pela diminuição da apreciação das atividades diárias, do sentimento de ativo e alerta e da sensação de esperança para o futuro. Por outro lado, observou-se que os itens “perda estimada para o trabalho por causa de doenças” e “prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos” obtiveram as maiores pontuações, corroborando o resultado de boa capacidade para o trabalho.

ASSOCIAÇÃO DO ICT COM O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO E ESTILO DE VIDA

Evidencia-se, na Tabela 2, que as variáveis destacadas com cerquilha (#) demonstraram influência significativa sobre o ICT. Os viúvos tendiam a ter média menor em relação aos casados, com redução de 5,19 pontos. Da mesma forma, os doutores apresentavam maior ICT em relação aos demais níveis de escolaridade, sendo o índice 1,72 ponto menor nos graduados.

O ICT esteve inversamente relacionado à faixa etária e aos anos de profissão, visto que médicos com mais de 61 anos de idade alcançaram 42,16 pontos e aqueles que trabalhavam há mais de 30 anos pontuaram 42,12. A cada ano de trabalho, o ICT diminuiu 0,12 ponto. Os tabagistas e sedentários também apresentaram menor ICT, sendo que os primeiros tiveram média de 42,62 e os últimos, 43,31 pontos. Os médicos que praticavam atividade física apresentaram um aumento de 1,05 ponto no ICT (Tabela 2).

Pelos resultados do TRV, a inclusão das variáveis destacadas com asterisco (*) na Tabela 2 proporcionou melhora significativa na qualidade do ajuste do modelo, sendo fator determinante para a explicação da variabilidade do ICT. Observou-se que, apesar de não se verificar diferenças significativas entre as médias de ICT para os médicos com especialidade de acesso direto e pré-requisito, sua inclusão aumentou a capacidade de explicação do ICT em relação ao

Tabela 1. Distribuição de frequências das respostas dos médicos às questões do índice de capacidade para o trabalho, Maringá, 2017 (n=408).

Questão	Resposta	Frequência	Porcentagem (%)
Capacidade de trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida*	4 pontos	2	0,49
	5 pontos	2	0,49
	6 pontos	7	1,72
	7 pontos	24	5,88
	8 pontos	98	24,02
	9 pontos	122	29,90
Capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas	10 pontos	143	35,05
	Não respondeu	10	2,45
	Muito boa	193	47,30
	Boa	166	40,69
	Moderada	32	7,84
Capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais	Baixa	8	1,96
	Não respondeu	9	2,21
	Muito boa	230	56,37
	Boa	158	38,73
Número de lesões por acidentes ou doenças diagnosticadas por médico	Moderada	11	2,70
	Não respondeu	9	2,21
	Pelo menos 5 doenças	13	3,19
	4 doenças	10	2,45
	3 doenças	17	4,17
	2 doenças	44	10,78
Perda estimada para o trabalho devido a doenças	1 doença	94	23,04
	Nenhuma doença	230	56,37
	Não há impedimento/ eu não tenho doenças	319	78,19
Perda estimada para o trabalho devido a doenças	Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas	58	14,22
	Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	27	6,62

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Questão	Resposta	Frequência	Porcentagem (%)
Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses	Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	1	0,25
	Não respondeu	3	0,74
	Nenhum	267	65,44
Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a 2 anos	Até 9 dias	117	28,68
	10 a 24 dias	20	4,90
	25 a 99 dias	1	0,25
	Não respondeu	3	0,74
Apreciação das atividades diárias	É improvável	7	1,72
	Não estou muito certo	36	8,82
	Bastante provável	362	88,73
Sentimento de ativo e alerta	Não respondeu	3	0,74
	Sempre	167	40,93
	Quase sempre	170	41,67
	Às vezes	51	12,50
Sensação de esperança para o futuro	Raramente	16	3,92
	Não respondeu	4	0,98
	Sempre	196	48,04
	Quase sempre	175	42,89
*incapaz para o trabalho = 0 ponto; melhor capacidade para o trabalho = 10 pontos.	Às vezes	27	6,62
	Raramente	7	1,72
	Não respondeu	3	0,74
	Sempre	200	49,02
	Quase sempre	141	34,56
Perda estimada para o trabalho devido a doenças	Às vezes	48	11,76
	Raramente	14	3,43
	Nunca	2	0,49
Perda estimada para o trabalho devido a doenças	Não respondeu	3	0,74

*incapaz para o trabalho = 0 ponto; melhor capacidade para o trabalho = 10 pontos.

modelo nulo, sem variáveis independentes. Da mesma forma que a inclusão das variáveis idade, filhos, anos de atuação médica, trabalho terceirizado, atividades físicas e tabagismo.

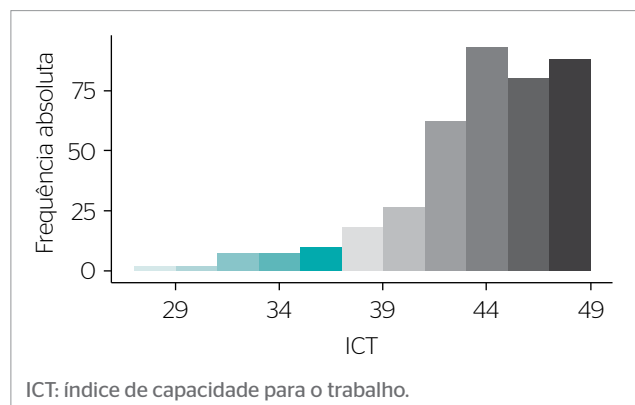


Figura 1. Histograma do índice de capacidade para o trabalho dos médicos, Maringá, 2017 (n=408).

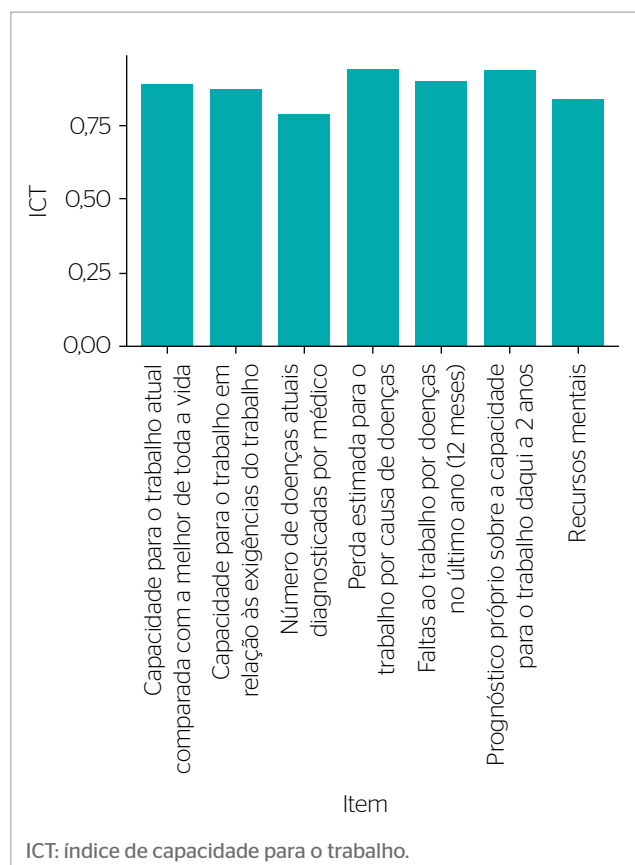


Figura 2. Padronização dos itens do instrumento utilizado para obtenção do índice de capacidade para o trabalho dos médicos, Maringá, 2017 (n=408).

DISCUSSÃO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

A predominância do sexo masculino reflete a conformação brasileira em que, entre as pessoas ocupadas, 56,9% são homens, embora as mulheres representem 52,2% da população em idade de trabalhar²⁰. Entre os médicos brasileiros, existe predominância masculina (54,4%), sendo que no Estado do Paraná essa proporção é superior, atingindo 59,4%. Observa-se, porém, tendência à feminização no país, desde 2011, quando as mulheres passaram a representar maioria nos estratos etários mais jovens^{21,22}. Na profissão médica também foi observada essa tendência, visto que, em 2016, 54,9% dos registros médicos foram de mulheres, enquanto, em 2000, foram 44%²². Isso ocorre de forma mais lenta no município em que se realizou a pesquisa, visto que a participação feminina não atinge 40%, taxa inferior à estadual e à nacional.

A distribuição etária também foi semelhante à de outras regiões brasileiras²¹, com média um pouco abaixo à dos médicos brasileiros — 45,4 anos. Todavia, essa média etária demonstra tendência à queda ao longo dos anos, devendo-se principalmente ao aumento da entrada de médicos pela abertura de mais cursos de Medicina^{20,21}. Atualmente, no Estado do Paraná, 32,2% dos médicos têm menos de 34 anos, taxa ligeiramente superior à do país, de 30,5%. A situação conjugal dos entrevistados também se assemelha à encontrada na literatura²²⁻²⁴.

A quantidade relativa de mestres e doutores em Medicina por 100 mil habitantes, em Maringá, assim como no Brasil, é ainda pequena quando comparada a outros países como Japão, Estados Unidos da América e Alemanha²⁵. Considerando-se que o *stricto sensu* no Brasil direciona-se prioritariamente para a academia e docência, para o médico é uma atividade profissional secundária²⁶.

DENSIDADE MÉDICA

A densidade médica no município de Maringá, de 4,94 médicos por mil habitantes, representa mais do que o dobro da taxa nacional de 2,18. Observa-se, entretanto, que no Brasil o número de médicos aumenta em velocidade 2 vezes superior à população total. Esse cenário deve-se à redução do crescimento populacional ao mesmo tempo em que se implantou política de expansão de vagas de graduação em Medicina^{21,22}. De 2003 a 2015, o número de cursos saltou

Tabela 2. Comparação entre teste *t* de Student e teste da razão de verossimilhança em relação às variáveis sociodemográficas, características do trabalho e estilo de vida, Maringá, 2017 (n=408).

Questão	Resposta	Estimativa	Erro padrão	Teste <i>t</i> de Student (valor p)	TRV (valor p)
Especialidade	Acesso direto	1	-	-	0,022*
	Pré-requisito	0,71	0,4	0,073	
Sexo	Feminino	1	-	-	0,795
	Masculino	0,17	0,33	0,602	
Idade		0,06	0,05	0,24	<0,001*
Situação conjugal	Casado	1	-	-	0,081
	Divorciado	-0,14	0,64	0,824	
	Solteiro	0,31	0,49	0,529	
	União estável	-0,29	0,61	0,633	
	Viúvo	-5,19	2,11	0,014#	
Filhos	Não	1	-	-	0,005*
	Sim	-0,14	0,37	0,703	
Escolaridade	Doutorado	1	-	-	0,571
	Especialização	-1,4	0,73	0,055	
	Graduação	-1,72	0,79	0,031#	
	Mestrado	-1,46	0,78	0,062	
	Residência médica	-0,77	0,64	0,225	
Anos de trabalho		-0,12	0,05	0,021#	<0,001*
Carga horária semanal		-0,02	0,01	0,126	0,508
Vínculo empregatício	Não	1	-	-	0,266
	Sim	0,67	0,41	0,106	
Terceirizado	Não	1	-	-	0,005*
	Sim	0,62	0,41	0,13	
Registrado	Não	1	-	-	0,349
	Sim	-0,13	0,39	0,747	
Cargo de gestão	Não	1	-	-	0,085
	Sim	-0,21	0,45	0,649	
Atividade acadêmica	Não	1	-	-	0,055
	Sim	-0,04	0,33	0,907	
Horas de sono por dia		0,27	0,17	0,099	0,105
Trabalho noturno	Alternado	1	-	-	0,157
	Não	0,13	0,37	0,717	
	Sempre	-3,07	1,75	0,08	
Lazer	Não	1	-	-	0,66
	Sim	0,14	0,55	0,799	
Atividades físicas	Não	1	-	-	0,01*
	Sim	1,05	0,33	0,002#	
Tabagismo	Não	1	-	-	0,005*
	Sim	-0,74	0,5	0,141	

Variáveis que apresentaram diferenças significativas no índice de capacidade para o trabalho (ICT) médio, ao nível de 5% de significância: #p=0,05 para o teste *t* de Student; *valor p=0,05 para o teste da razão de verossimilhança (TRV).

de 126 para 257. Já em 2017, totalizaram-se 289 cursos (65% privados), formando mais de 29 mil médicos anualmente. A distribuição de 43% das vagas está nas capitais, oferecidas por 97 instituições^{22,27}.

A distribuição médica é desigual, visto que no Sudeste há maior proporção de médicos em relação ao número de habitantes e nas Regiões Norte e Nordeste ocorre o inverso. O número de médicos é quase três vezes superior nas capitais do Sul em relação às do Norte e mais de quatro vezes maior no interior do Sudeste em relação ao Norte²⁸. Soma-se à disparidade na distribuição desses profissionais o fato de que mais da metade dos médicos se concentra nas capitais, onde mora menos de um quarto da população. Nas capitais, a razão de médicos por mil habitantes é de 5,07, enquanto no interior é 1,28^{21,22}. Essa desigualdade deve-se à concentração de renda, às condições de trabalho, aos serviços de saúde e aos cursos de graduação e residência médica²⁹.

A Região Sul tem razão de 2,31 médicos por mil habitantes, representando 15,2% dos médicos do país, sendo que o Paraná apresenta razão de 2,09, correspondendo a 5,2% dos médicos brasileiros e um terço dos médicos sulistas^{21,22}. Portanto, Maringá destaca-se pela proporção superior às médias nacional, da Região Sul e do próprio Estado, por ser um polo atrativo, visto que foi eleita, em 2017, a melhor cidade para se morar. Na área de saúde, ficou na quinta posição, com elevada cobertura de atendimento básico, baixa taxa de mortalidade infantil e elevada proporção de nascidos vivos, fatores que suportam a existência de três cursos de graduação em Medicina nesse município³⁰.

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

Observando-se que quase metade dos médicos do município da pesquisa exerce a profissão há menos de 10 anos, infere-se a associação com a expansão de oferta de vagas no curso de Medicina, e as três universidades de Maringá formam cerca de 300 médicos ao ano. Chama a atenção o fato de que, nos Estados Unidos, a distribuição por tempo de exercício profissional é inversa: 22,2% trabalhavam até 10 anos; 22,9%, de 11 a 20 anos; e 54,8%, além de 20 anos³¹. Esse contraste também pode ser reflexo das políticas de expansão de cursos de Medicina no Brasil^{21,22}.

A elevada carga horária laboral dos médicos de Maringá assemelha-se à dos demais médicos do país — um terço

trabalha mais de 60 horas²¹. Esse aspecto merece especial atenção, pois a literatura indica que o trabalho semanal maior que 40 horas é fator de risco para adoecimento, redução da qualidade de vida e precarização do atendimento médico³². Entre os médicos maringenses, a carga horária semanal superior no início da carreira em relação às demais fases pode ser explicada pela necessidade de aliar os programas de residência médica ou especialização com o trabalho em busca de melhor remuneração, considerando que as bolsas de residência não são suficientes para seu sustento e as especializações não são remuneradas ou até cobram mensalidades. Ademais, muitos egressos de faculdades particulares precisam realizar o pagamento de Financiamento Estudantil (FIES). Comparando-se aos americanos, observou-se que, no início da carreira, os médicos de Maringá apresentam carga horária superior, ao passo que passam a trabalhar menos ao final da carreira³¹.

O trabalho autônomo é característico da profissão médica, visto que optam por manter clínica própria ou realizar plantões esporádicos. A situação difere dos demais trabalhadores brasileiros, dos quais 68% são empregados, 4,6% empregadores e 24,9% autônomos²⁰. Embora o trabalho autônomo seja frequente na profissão médica, verificou-se na presente pesquisa que mais da metade mantinha vínculos de trabalho. Porém, apesar do vínculo, os profissionais podem exercer adicionalmente o trabalho autônomo, totalizando jornadas que ultrapassam 40 horas semanais. Estudo no Ceará mostrou que 53,5% dos médicos tinham entre dois e quatro vínculos⁹. No Brasil, 78% dos médicos têm dois ou mais vínculos empregatícios e apenas 22% têm um único vínculo¹⁹. A instabilidade empregatícia, a sobrecarga laboral e os múltiplos locais de trabalho são fatores que podem induzir ao estresse e à redução da qualidade de vida²². Os médicos têm diversos empregos e alta carga de trabalho, possivelmente por buscarem padrão de vida mais elevado, a fim de preservar a imagem construída no país de categoria bem-sucedida financeiramente e com destacado *status* social³². Ademais, expõem-se a riscos evitáveis por não usarem equipamentos de proteção individual (EPIs) e por não respeitarem os períodos de descanso para evitar erros médicos pelo cansaço⁹.

No Brasil, 96,9% dos médicos exercem atividades clínicas e assistenciais, dos quais 37,8% também atuam nos setores de gestão, direção, administração ou docência e pesquisa²¹. Comparativamente, na presente pesquisa a parcela de

profissionais que atuam na gestão é consideravelmente inferior ao apresentado em nível nacional. Em contrapartida, aqueles que exercem atividades acadêmicas quase dobram. Pode-se considerar como opção positiva por parte dos médicos maringauenses, pois compreende-se que atividades acadêmicas mantêm os profissionais atualizados e permitem manter vínculo empregatício, sem necessidade de dedicação exclusiva. Outro ponto contribuinte para o elevado número de médicos docentes é a existência de três cursos de Medicina no município.

ESTILO DE VIDA

Apesar do número de horas dormidas pelos médicos maringauenses estar em consonância com o encontrado em outras partes do mundo³³, a média de seis horas diárias é considerada insuficiente. Recomenda-se que os adultos durmam de sete a oito horas por dia, destacando que a privação do sono para os médicos e estudantes de Medicina pode causar desmotivação, déficit cognitivo, além da redução da eficácia profissional e prejuízo da saúde e qualidade de vida³⁴.

Identificou-se, na literatura científica, que médicos que realizam atividade física e de lazer têm menor prevalência da síndrome do esgotamento profissional, fator de grande impacto na capacidade laborativa³⁵. Tendo-se em vista que mais de 60% dos participantes da pesquisa praticam atividades físicas, proporção três vezes maior que a da população brasileira em geral, cuja adesão à prática atinge 22,5%³⁶, somado ao fato de que quase a totalidade dos pesquisados desenvolvem atividade de lazer, justifica-se a alta capacidade de trabalho resultante. A taxa de tabagistas foi inferior à da população brasileira, que é de 15%, e, particularmente, da Região Sul, que chega a 16,1% da população³⁶.

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Pontuação em cada dimensão e total

Quanto à capacidade autorreferida de trabalho, obteve-se semelhança com a percepção dos médicos brasileiros, cuja maioria também afirma apresentar plena capacidade de trabalho e considera que poderia aumentar sua carga de trabalho²¹. A autoavaliação do desempenho dos médicos de Maringá pode estar associada à idade dos participantes da pesquisa que é relativamente jovem.

Considerando a exigência mental do exercício profissional médico, em pesquisa americana identificou-se

que confrontar as atividades profissionais médicas de maneira planejada e positiva, em conjunto com a busca de apoio social, relaciona-se com redução do estresse psicológico e maior sentimento de autoeficácia profissional². Em concordância, estudo brasileiro destacou o apoio social e o enfrentamento positivo pelos médicos como redutores de danos, mesmo com excessiva demanda profissional².

Outro estudo brasileiro identificou que a maioria dos médicos também avaliou de forma positiva sua saúde física (79%) e mental (85%), sua qualidade de vida (68%) e sua satisfação profissional (66,1%)². Por outro lado, em relação à satisfação com a própria saúde, 50% dos médicos referiram-se insatisfeitos, indicando a susceptibilidade ao adoecimento promovida pelo estresse²⁴. O estresse ocupacional, gerador do adoecimento mental dos médicos na forma de síndrome do esgotamento profissional, correlaciona-se com as características do trabalho, como alta carga horária e atividade em plantões médicos².

Em pesquisa com cirurgiões, especialidade mais exposta a lesões físicas, constatou-se que 31% deles têm lesões em coluna e, destes, 41% precisaram se afastar do trabalho por causa dessas afecções². Semelhantemente, estudos associam a síndrome de *burnout* com maior taxa de licenças do trabalho por adoecimento².

Entre profissionais de Enfermagem, área correlata de atuação, quanto à perda estimada para o trabalho em razão de doenças, 32,1% declararam que não estiveram afastados do trabalho nenhum dia; 33,3% estiveram afastados até 9 dias; 21,8% estiveram afastados entre 10 e 24 dias; 10,3% estiveram afastados de 25 a 99 dias; e 2,6% declararam que estiveram afastados de 100 dias ou mais³⁷.

Quanto ao prognóstico pessoal de capacidade laborativa, os percentuais encontrados em Maringá, Paraná, podem ser associados à idade média dos participantes da pesquisa. Diferentemente, nos Estados Unidos, 34% dos médicos consideraram abandonar a carreira nos próximos dois anos, sendo tal pensamento mais prevalente entre os médicos no fim da carreira³¹.

O ICT observado entre trabalhadores da área de Enfermagem mostrou-se inferior ao dos médicos de Maringá^{11,37,38}. Apesar de as condições de trabalho serem análogas em muitos aspectos, são desfavorecidos em relação à remuneração para mesma carga horária, provável gerador de insatisfação profissional³⁹.

ASSOCIAÇÃO DO ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO COM O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO E ESTILO DE VIDA

Considerando a situação conjugal, estudos evidenciaram menor incidência de adoecimento entre casados, devido ao suporte social e aos hábitos de vida saudáveis³⁷. Há evidências científicas que médicos com maior titulação são menos atingidos pela síndrome do esgotamento profissional, provavelmente porque sentem-se mais preparados para os desafios profissionais². Assim como pessoas com maior escolaridade tendem a adotar hábitos de vida saudáveis, incluindo atividades físicas, controle de peso, abstenção de etilismo e tabagismo, tanto pelo conhecimento sobre o impacto do estilo de vida sobre o adoecimento quanto pela acessibilidade facilitada pelas condições financeiras^{4,18}.

Entre profissionais de Enfermagem, notou-se que a capacidade para o trabalho se reduz com o avanço da idade^{37,40,41}, tal como evidenciado no presente estudo. No entanto, resultado oposto foi encontrado em estudo realizado em Roraima, visto que maior tempo de trabalho como médico proporcionou menor estresse e maior qualidade de vida, em consequência da experiência profissional²⁴. Ainda nesse contexto, outro aspecto considerado é que o número de doenças diagnosticadas nos participantes desta pesquisa pode associar-se ao processo de envelhecimento, já que a capacidade para o trabalho diminui com a idade e os anos de trabalho. Essa associação também foi referida em estudo com trabalhadores de Enfermagem, cujo ICT variou de 41,23, no início da carreira, até 31,97 pontos, entre 15 a 24 anos de trabalho⁴². Em contraposição, entre médicos americanos, identificou-se que nos primeiros anos da profissão há maior insatisfação com o trabalho e conflitos para conciliar a vida pessoal e laboral³¹.

Entre enfermeiros, destacou-se que o ICT dos fumantes foi de 37,8, enquanto entre os não fumantes, de 40,4 pontos³³, também se constatou melhora do índice com a prática de atividades físicas³⁷. Pessoas sedentárias e tabagistas têm pior autoavaliação de seu estado de saúde⁴⁰.

LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Quanto às limitações da pesquisa, seu delineamento transversal permite a evidência de múltiplos de fatores de risco ou proteção para a capacidade laborativa médica sem

confirmar esse nexo causal, portanto são necessários estudos de coorte para confirmar tais suspeitas. Ademais, não foram incluídos profissionais aposentados ou afastados por motivo de doença, o que pode provocar viés de seleção por contar apenas com os profissionais em atividade laboral, impactando no valor do ICT.

Também se destaca como limitação da pesquisa a análise de apenas um município (com alto índice de desenvolvimento humano — IDH), o que certamente restringe a comparação com localidades que com diferentes condições sociais, econômicas e ambientais, bem como aprimora a autopercepção da capacidade laborativa. E, por se tratar de assunto pouco estudado, não foram encontrados dados de outros municípios de extensão semelhante para estabelecer comparativos proporcionais na discussão, o que obrigou o uso de dados nacionais e internacionais. Adicionalmente à escassa literatura científica sobre o ICT de médicos, os resultados foram contrapostos aos profissionais de enfermagem, considerando tratar-se de área semelhante nas condições de trabalho.

CONCLUSÃO

O elevado ICT dos médicos atuantes no município de Maringá, Paraná, reflete a sua autopercepção quanto a estarem ou se estarão, em futuro próximo, na melhor capacidade para desempenhar suas atividades laborais. Destaca-se o menor índice entre os mais velhos e atuantes há mais tempo na profissão, como também entre os sedentários e tabagistas. Adicionalmente, apesar de o número de doenças diagnosticadas influir negativamente no ICT, os entrevistados não consideraram tais doenças incapacitantes para a atuação médica. Observou-se que a diminuição de recursos mentais também reduziu a capacidade para o trabalho; portanto, apesar do alto ICT, medidas para a preservação da saúde devem ser promovidas, implicando na redução do absenteísmo e no aumento da produtividade e, em consequência, no melhor atendimento à população.

Diante das limitações e dos resultados apresentados, conclui-se que são urgentes estudos prospectivos sobre os fatores que influem no processo de trabalho médico, estabelecendo o nexo causal com o adoecimento e o comprometimento da prática desses profissionais. Diante desses novos

resultados será possível fomentar discussões pelos conselhos da classe, como os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) e Conselho Federal de Medicina (CFM) e, assim, alertar sobre a necessidade de estabelecer políticas públicas e privadas para prevenir o adoecimento médico. Em especial, o presente estudo já possibilita o delineamento de novos estudos em Maringá e nos demais municípios do Paraná, pois os possíveis fatores de risco e proteção já foram indicados e servirão de ponto de partida para estudos de coorte, por exemplo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Unicesumar e ao Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICETI), pela bolsa concedida para realização do estudo por meio do Programa de Bolsas de Iniciação Científica da Unicesumar (PROBIC); aos médicos de Maringá, Paraná, que voluntariamente responderam ao questionário-base da nossa pesquisa; e à Larissa B. Fernandes, que nos auxiliou na análise estatística dos dados.

REFERÊNCIAS

- Torres A, Ruiz T, Müller S, Lima M. Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(2):264-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200008>
- Gracino M, Zitta A, Mangili O, Massuda E. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde Debate*. 2016;40(110):244-63. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611019>
- Nogueira-Martins L. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Rev Bras Med Trab*. 2003;1(1): 56-68.
- Cordeiro TMSC, Araújo TM. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores do Brasil. *Rev Bras Med Trab*. 2016;14(3):262-74. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1679-443520165115>
- Brown S, Goske M, Johnson C. Beyond Substance Abuse: Stress, Burnout, and Depression as Causes of Physician Impairment and Disruptive Behavior. *J Am Coll Radiol*. 2009;6(7):479-85. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2008.11.029>
- Junkes M, Pessoa V. Financial expense incurred by medical leaves of health professionals in Rondonia public hospitals, Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(3):406-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300016>
- Dilégio A, Facchini L, Tomasi E, Silva S, Thumé E, Piccini R, et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):503-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300011>
- Nogueira-Martins L. Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. *Bol Psiquiatr*. 1990;22/23:9-15.
- Dias EC. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. *Rev Bras Med Trab*. 2015;13(2):60-8.
- Dyrbye L, West C, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population. *Acad Med*. 2014;89(3):443-51. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000134>
- Silva Junior S, Vasconcelos A, Griep R, Rotenberg L. Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(6):1077-87. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600005>
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Índice de capacidade para o trabalho. São Carlos: EDUFSCAR; 2005.
- Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. Portal CRM-PR [Internet]. 2017 [acessado em 13 maio 2016]. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/>
- Morettin P, Bussab W. Estatística Básica. 7ª ed. São Paulo: Saraiva; 2012.
- R Development Core Team. R: a language and environment for statistical computing [Internet]. Viena: R Foundation for Statistical Computing; 2015 [acessado em 06 jul. 2017]. Disponível em: <http://www.Rproject.org>
- Martinez M, Latorre M, Fischer F. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl. 1):1553-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700067>
- Rigby R, Stasinopoulos D. A flexible regression approach using GAMLSS in R. Londres: London Metropolitan University; 2009.
- Rao P. Sampling methodologies: with applications. Nova York: Chapman & Hall/CRC; 2000.
- Sheskin D. Handbook of Parametric and Nonparametric Statistical Procedures. 3ª ed. Nova York: Chapman & Hall/CRC; 2003.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2017. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017.
- Scheffer M, Dal Poz M, Matijasevitch A, Castilho E, Oliveira R, Nunes M, et al. Demografia Médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP/Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina; 2015.
- Scheffer M, Matijasevich A, Filho B, Russo G, Bahia L, Boulos M, et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018.
- Nascimento-Sobrinho C, Carvalho F, Bonfim T, Cirino C, Ferreira I. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(2):97-102. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000200019>
- Olivares A, Bonito J, Silva R. Qualidade de vida no trabalho dos médicos da atenção básica no estado de Roraima (Brasil). *Psic Saúde Doenças*. 2015;16(1):100-11. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160210>

25. Teixeira R, Gonçalves T, Botelho N. A distribuição dos pós-graduados em medicina no Brasil: realidade atual. *Arq Catarin Med.* 2011;40(4):47-51.
26. Perim L, Abdalla I, Aguiar-da-Silva R, Lampert J, Stella R, Costa N. Desenvolvimento Docente e a Formação de Médicos. *Rev Bras Educ Méd.* 2009;33(Supl. 1):70-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000500008>
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portal IBGE [Internet]. 2017 [acessado em 13 maio 2016]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=411520>
28. Silveira R, Pinheiro, R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia - Brasil. *Rev Bras Educ Méd.* 2014;38(4):451-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000400006>
29. Maciel R, Branco M. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
30. Desafios dos municípios. Desafios da gestão municipal [Internet]. 2017 [acessado em 18 out. 2017]. Disponível em: <https://www.desafiosdosmunicipios.com/>.
31. Dyrbye N, Varkey P, Boone S, Satele D, Sloan J, Shanafelt T. Physician Satisfaction and Burnout at Different Career Stages. *Mayo Clin Proc.* 2013;88(12):1358-67. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.07.016>
32. Maciel R, Santos J, Sales T, Alves M, Luna A, Feitosa L. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do CE. *Rev Saúde Públ.* 2010;44(5):950-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000030>
33. Hilleshein E, Souza L, Lautert L, Paz A, Catalan V, Teixeira M, et al. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(3):509-15.
34. Ribeiro C, Silva Y, Oliveira S. O impacto da qualidade do sono na formação médica. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2014;12(1):8-14.
35. Barros DS, Tironi MSO, Nascimento Sobrinho CL, Neves FS, Bitencourt AAGV, Almeida AM, et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008;20(3):235-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2008000300005>
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
37. Raffone A, Hennington É. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(4):669-76. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000400023>
38. Prochnow A, Magnago T, Urbanetto J, Beck C, Lima S, Greco P. Work ability in nursing: relationship with psychological demands and control over the work. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013;21(6):1298-305. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3072.2367>
39. Martinez M, Latorre M, Fischer F. Validade e confiabilidade da versão brasileira do ICT. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(3):525-32.
40. Pavão A, Werneck G, Campos M. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(4):723-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400010>
41. Monteiro M, Alexandre N, Milani D, Fujimura F. Work capacity evaluation among nursing aides. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(5):1177-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500021>
42. Moreira P, Silvino Z, Cortez E. Saúde do trabalhador: Atenção subsidiada pelo Índice de Capacidade para o Trabalho. *Rev Enferm UFPE online.* 2016;10(1):18-23. <http://dx.doi.org/10.5205/revuol.8423-73529-1-RV1001201603>

Endereço para correspondência: Mariana Evangelista Gracino - Rua Darvim Mariano, 110 - Jardim São Tomás - CEP: 86073-630 - Londrina (PR), Brasil - E-mail: mariana.gracino@hotmail.com