

Estudo da mortalidade dos médicos no estado de São Paulo: tendências de uma década (2000-2009)

Relatório sobre a Mortalidade de Médicos

Dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - DATASUS

Grupo de Trabalho “Mortalidade dos Médicos”

São Paulo, março de 2012

Introdução:

A análise das causas de morte de uma população é fundamental para o monitoramento da situação de saúde desta e para o planejamento de intervenções adequadas (Mathers et al, 2005).

A utilização de indicadores epidemiológicos como instrumentos estratégicos de suporte ao planejamento das ações e programas voltados à gestão em saúde tem sido valorizado nos últimos anos. Tal procedimento visa reduzir a mortalidade por causas evitáveis (Laurenti et al, 2009).

A importância do atestado de óbito para fornecer informações sobre a saúde vem sendo reconhecida há séculos, apesar de estes registros terem sido regularmente cadastrados pelo governo brasileiro apenas a partir da década de 70. O atestado de óbito é o documento de estatística vital que se constituiu como a base da epidemiologia moderna (Mello-Jorge et al, 2007).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) permite ao governo e à saúde pública identificar as principais causas das mortes registradas nos municípios, estados e regiões brasileiras. Com base nos dados registrados neste sistema, é possível realizar análises que orientem a adoção de medidas preventivas e informem os gestores do sistema de saúde na tomada de decisões, assim como na realização de avaliações das ações desenvolvidas que tenham impacto sobre as causas de morte (Mello-Jorge et al, 1997).

Dados de mortalidade têm sido utilizados por epidemiologistas e planejadores de ações de saúde para propor intervenções adequadas a um determinado grupo populacional, que pode ter um perfil de saúde diferenciado da população geral, devido a um estilo de vida peculiar (Aasland et al, 2011).

No caso dos médicos há evidências nacionais (Arcanjo et al, 2000) e internacionais (Aasland et al, 2011) de que, apesar da formação acadêmica em aspectos de prevenção e cuidados à saúde, a mortalidade deste grupo pode ocorrer em faixas etárias inferiores à da população de mesma condição socioeconômica, sugerindo que alguns aspectos do estilo de vida destes profissionais esteja influenciando no perfil de mortalidade (Pompermaier, 2011).

Apesar de as principais causas de morte entre os médicos seguir distribuição semelhante à da população geral, suicídios e mortes violentas aparecem em maior proporção nesta classe de profissionais (Arcanjo et al, 2000; Pompermaier, 2011).

No entanto, são raras as informações sobre o perfil de mortalidade dos médicos brasileiros. Desta forma, objetiva-se, com o presente estudo, conhecer a distribuição das causas de mortalidade de médicos cujos registros de óbito ocorreram no estado de São Paulo entre os anos de 2000 a 2009.

Método:

Os dados de mortalidade utilizados neste trabalho são provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, referentes ao período de 2000 a 2009. Os dados podem ser acessados no endereço eletrônico: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/sim/dados/indice.htm>.

O SIM/MS agrupa informações sobre o óbito contidas nas declarações de óbito que são enviadas aos cartórios de registro, tais como: causa básica, data, local e município de ocorrência, assim como informações sobre o indivíduo que faleceu (idade, sexo, grau de escolaridade, ocupação e município de residência). As informações do SIM são disponíveis, por município e unidade da federação, no site do Datasus do Ministério da Saúde (www.datasus.gov.br).

A declaração de óbito utilizada como fonte de dados de mortalidade é preenchida pelo médico que atesta a morte. Tal procedimento deve ser feito por médico assistente ou, na ausência deste, por médico plantonista. Em casos de morte violenta, o preenchimento da declaração cabe ao Instituto Médico Legal. Os dados são coletados pelas secretarias municipais de saúde por meio de busca ativa nas unidades notificadoras (Ministério da Saúde, 2001).

Para este estudo, no banco de dados do SIM relativo ao estado de São Paulo, foram filtrados os casos de óbito codificados como “médicos”, ou seja, cujo campo “ocupação habitual ou atividade” (bloco II da declaração de óbito) fosse preenchido como “061”, de acordo com código apresentado pelo SIM na tabela de ocupações. Foram excluídas as certidões cujo campo “ocupação” era faltante.

Todas as possíveis causas básicas de morte foram consideradas de acordo com o capítulo do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão) no qual estão inseridas, visto que nos registros do SIM, desde 1998, as causas básicas de morte estão codificadas de acordo com esta classificação, conforme orientação da Organização Mundial da Saúde (Ministério da Saúde, 2001).

Visto que os diagnósticos de saúde limitam-se em geral a analisar a situação e a tendência de alguns grandes grupos de causas de mortalidade, optou-se por analisar as causas de morte em 10 grandes grupos de causas básicas: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, aparelho respiratório, causas externas, doenças do sistema endócrino, doenças do sistema nervoso, doenças infecciosas e doenças do aparelho genito-urinário. Assim, a variável de interesse central do banco de dados foi a “causa básica de morte”.

Nos casos dos capítulos II (neoplasias) e XX (causas externas) do CID-10, também foram apresentadas as subcategorias de causa-morte, agrupadas para apenas dois dígitos.

Em estudos de mortalidade, um dos indicadores mais utilizados é o da proporção de óbitos por grupo de causa, em relação ao total dos óbitos ocorridos em dado período, que é conhecido como mortalidade proporcional por causa definida (Murray & Lopez, 1997).

As análises envolveram faixas de idade (de 10 em 10 anos) e sexo. Os resultados mais relevantes foram apresentados em gráficos e tabelas. A principal forma de apresentação dos dados foram as curvas de mortalidade proporcional por causas, porém, para todos os resultados, optou-se também pela apresentação das curvas absolutas de casos. A mortalidade proporcional é a distribuição percentual de óbitos por grupos de causas na população determinada no ano considerado. Foi também calculada a mortalidade proporcional por idade.

As discussões envolveram faixas de idade e sexo. Para tanto, foram feitos cálculos de taxas específicas e da mortalidade proporcional.

Os dados populacionais utilizados nos cálculos das taxas anuais de mortalidade foram fornecidos pelo CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo). O denominador das taxas de mortalidade representa o total de médicos inscritos (ativos + inativos) no CREMESP no dia 30 de junho de cada ano. A cada ano há novos médicos inscritos (recém-formados) e falecidos e, por este motivo, o valor anual da população de médicos flutua ano a ano.

O coeficiente geral de mortalidade é a razão entre o número total de óbitos e a população de médicos ao meio do ano e multiplicado por mil.

O banco de dados foi codificado no Microsoft Access e analisado em Stata 11. Comparações de proporções foram feitas através do teste de qui-quadrado de Pearson e

comparações de duas médias através do teste t de student. GLM (modelos lineares generalizados) foram utilizados para testar relação linear da proporção de mortes.

Resultados:

Foram obtidos dados de 2927 declarações de óbitos de médicos falecidos no estado de São Paulo entre os anos de 2000 a 2009. Deste total, 13,2% dos casos foram de mulheres. A idade variou de 23 a 104 anos.

Em nenhuma das declarações de óbito de médicos foram encontradas causas básicas sem preenchimento (*missing*) e apenas 44 delas (1,5%) estavam classificadas como “causas mal-definidas” (R99).

A **tabela 1** apresenta a distribuição do ano de óbito, cidade de residência, raça, estado civil e gênero dos médicos falecidos. Nota-se predominância de médicos brancos (94%) e casados (65%), cujas mortes ocorreram no município de São Paulo (54%).

Tabela 1: Dados sócio-demográficos dos 2927 médicos falecidos entre 2000 e 2009 no estado de São Paulo.

	N	%
Estado civil		
Casado	1861	65,14
Separado	262	9,17
Solteiro	367	12,85
Viúvo	345	12,08
Ignorado	22	0,77
Raça		
Branca	2669	94,08
Amarela	99	3,49
Parda	47	1,66
Preta	20	0,7
Indígena	2	0,07
Gênero		
Masculino	2540	86,78
Feminino	387	13,22
Residência		
São Paulo	628	54,14
Outras	532	45,86
Ano do óbito		
2000	271	9,26
2001	262	8,95
2002	307	10,49
2003	312	10,66
2004	316	10,8
2005	299	10,22
2006	308	10,52
2007	263	8,99
2008	313	10,69
2009	276	9,43
Total	2927	100

A **tabela 2** mostra a distribuição dos óbitos de acordo com o gênero, ao longo da década. Destaca-se gradual aumento das mortes femininas ao longo dos anos, apesar de haver maioria absoluta de falecimentos de homens ao longo de todo o período.

Tabela 2: Distribuição de gênero de acordo com o ano de óbito (N=2927 médicos).

ano do óbito	masculino		feminino		Total n
	n	%	n	%	
2000	244	90,04	27	9,96	271
2001	231	88,17	31	11,83	262
2002	264	85,99	43	14,01	307
2003	272	87,18	40	12,82	312
2004	276	87,34	40	12,66	316
2005	261	87,29	38	12,71	299
2006	263	85,39	45	14,61	308
2007	222	84,41	41	15,59	263
2008	271	86,58	42	13,42	313
2009	236	85,51	40	14,49	276
Total	2540	86,78	387	13,22	2927

Tabela 3: Análise descritiva da idade de morte dos médicos no período de 2000 a 2009, de acordo com o ano de óbito e gênero.

ano do óbito	Mulheres						Homens						TOTAL					
	n	mediana	média	DP	min	max	n	mediana	média	DP	min	max	n	mediana	média	DP	min	max
2000	27	57,0	57,3	16,5	27	84	244	70,5	67,8	16,3	26	100	271	69,0	66,8	16,5	26	100
2001	31	59,0	59,8	22,1	27	98	231	72,0	67,6	16,8	25	98	262	71,0	66,7	17,7	25	98
2002	43	53,0	56,7	18,1	27	93	264	72,0	68,7	16,6	28	97	307	70,0	67,0	17,3	27	97
2003	40	55,5	56,1	16,8	23	87	272	74,0	70,3	15,6	33	98	312	72,0	68,5	16,4	23	98
2004	40	59,0	61,6	16,3	26	90	276	71,0	69,3	17,0	25	97	316	70,0	68,3	17,1	25	97
2005	38	56,0	59,5	19,6	29	102	261	73,0	70,0	15,6	25	99	299	71,0	68,6	16,5	25	102
2006	45	57,0	57,9	16,2	26	91	263	68,0	67,0	17,3	23	100	308	67,0	65,7	17,4	23	100
2007	41	59,0	60,1	18,2	25	88	222	71,0	69,1	15,9	26	103	263	69,0	67,7	16,6	25	103
2008	42	59,5	61,4	18,0	28	92	271	73,0	70,4	15,8	26	102	313	71,0	69,2	16,4	26	102
2009	40	56,5	61,6	17,9	25	93	236	73,0	70,5	16,9	25	104	276	72,0	69,2	17,3	25	104
Total	387	57,0	59,2	17,9	23	102	2540	72,0	69,1	16,4	23	104	2927	70,0	67,8	16,9	23	104

A **tabela 3** sugere que mulheres médicas no período estudado morreram, em média, 10 anos antes do que os homens médicos. Entre as mulheres, a idade média de morte foi de 59,2 anos e para os homens a média foi de 69,1 anos. Através de teste t de Student, identificou-se que houve diferença na idade média de morte entre os gêneros, podendo se afirmar que as mulheres morreram antes do que os homens ($p < 0,0001$). O intervalo de confiança de 95% para a idade média de morte para mulheres foi de 57,4 a 61,0 e o de homens de 68,4 a 69,7 (***) sugerimos fortemente a leitura da discussão sobre este achado***).

Ao longo da década estudada, tanto entre homens quanto entre mulheres houve leve crescimento da idade média de morte, quando observados os anos extremos (2000 e 2009). Análise de regressão linear não mostrou associação entre a idade de morte e o ano de morte (coeficiente=0,2; $p=0.064$; IC95%= -0,01;0,4;), evidenciando que esta tendência de crescimento (maior idade de morte) no período é não-linear.

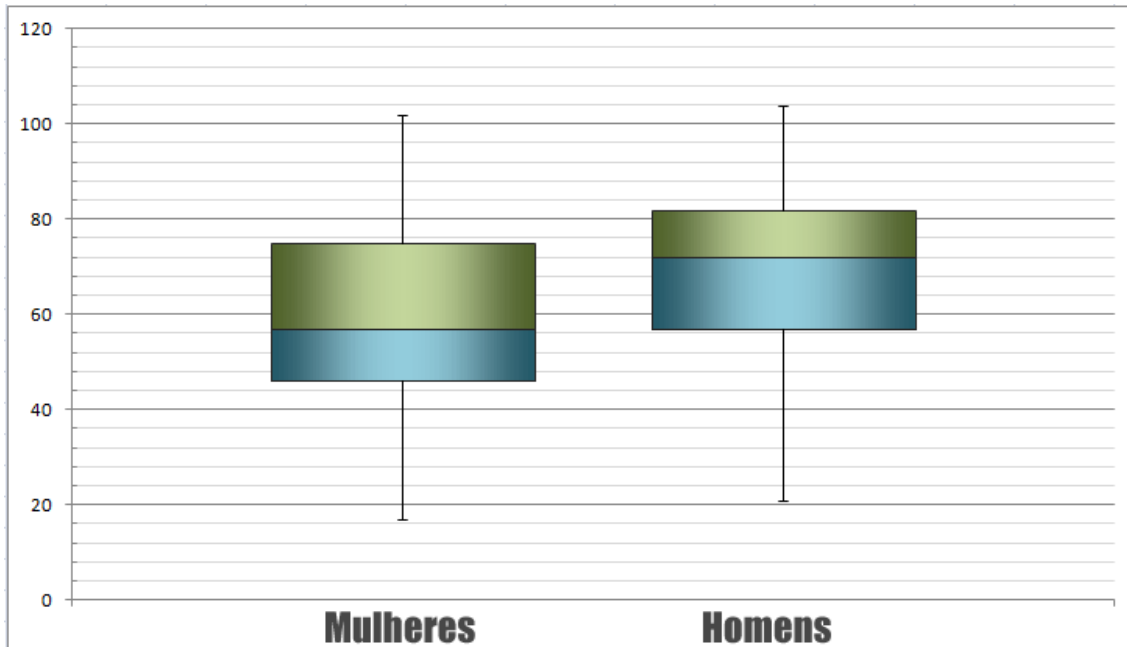


Figura 1: Box plot da idade de morte dos médicos por gênero, no período de 2000 a 2009.

A **figura 1** apresenta a distribuição da idade de morte dos médicos por gênero. A linha no interior do box representa a idade mediana, a linha inferior representa o primeiro quartil e a linha superior o terceiro quartil.

O histograma a seguir (**figura 2**) mostra a distribuição da idade de morte dos médicos no total dos 10 anos. Nota-se que a maioria dos médicos morreu após os 50 anos e antes dos 90 anos.

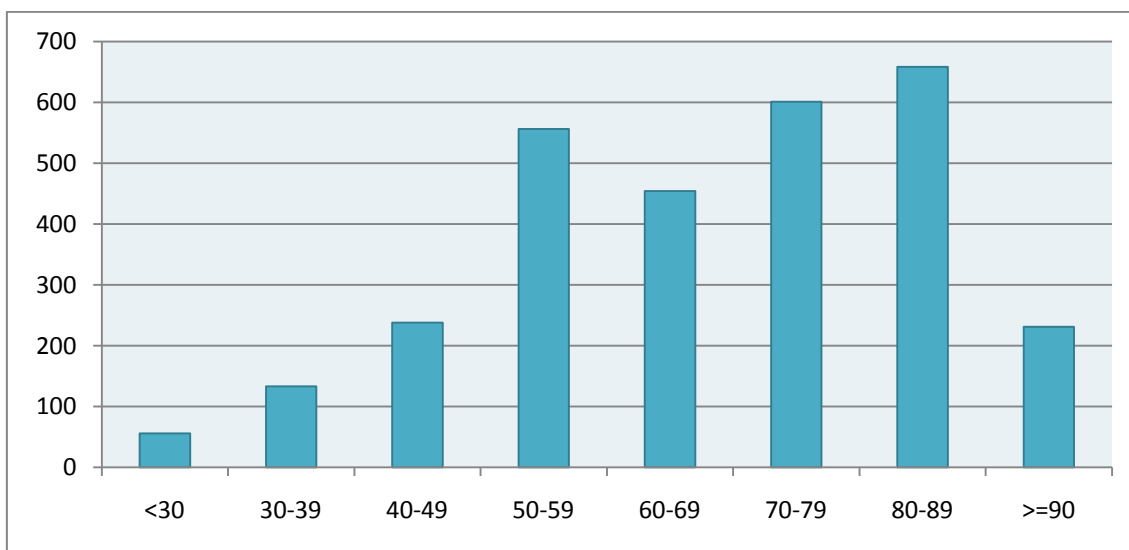


Figura 2: Distribuição do número de óbitos dos médicos falecidos no estado de São Paulo de acordo com faixas etárias em intervalos de 10 anos, no período de 2000 a 2009, sem agrupamento por ano de óbito.

As **figuras 3 e 4** apresentam a estratificação desta idade de morte de acordo com o gênero. Nota-se no caso dos homens crescimento constante do número de casos de morte de acordo com a idade, sendo que a maior parte das mortes ocorreu entre 80 e 89 anos de idade. No caso das mulheres esta concentração de mortes deu-se entre os 50 e 59 anos de idade.

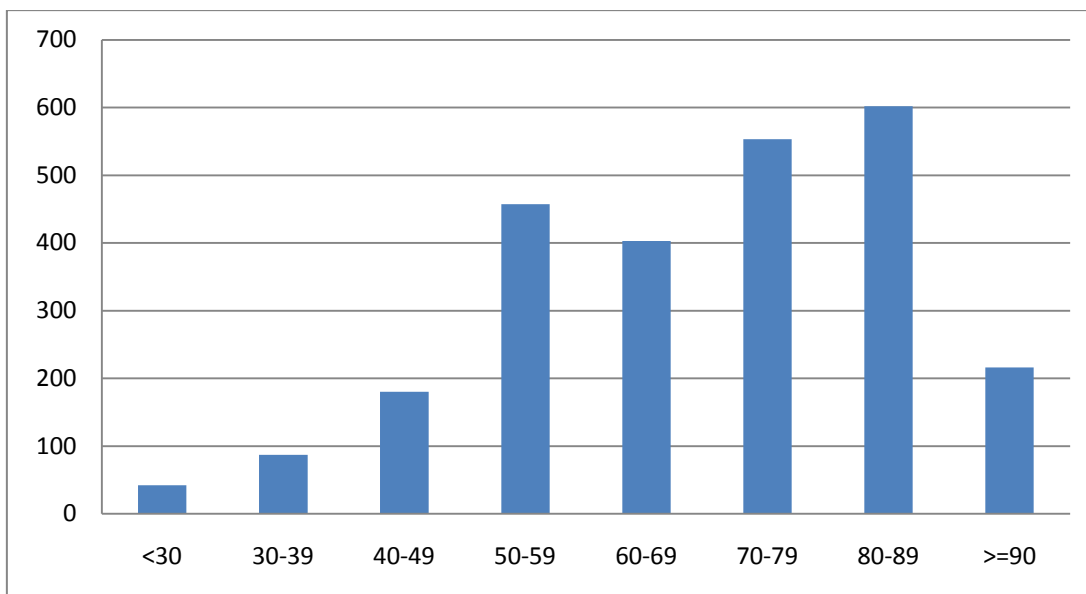


Figura 3: Distribuição do número de óbitos dos médicos homens falecidos no estado de São Paulo de acordo com faixas etárias em intervalos de 10 anos, no período de 2000 a 2009, sem agrupamento por ano de óbito.

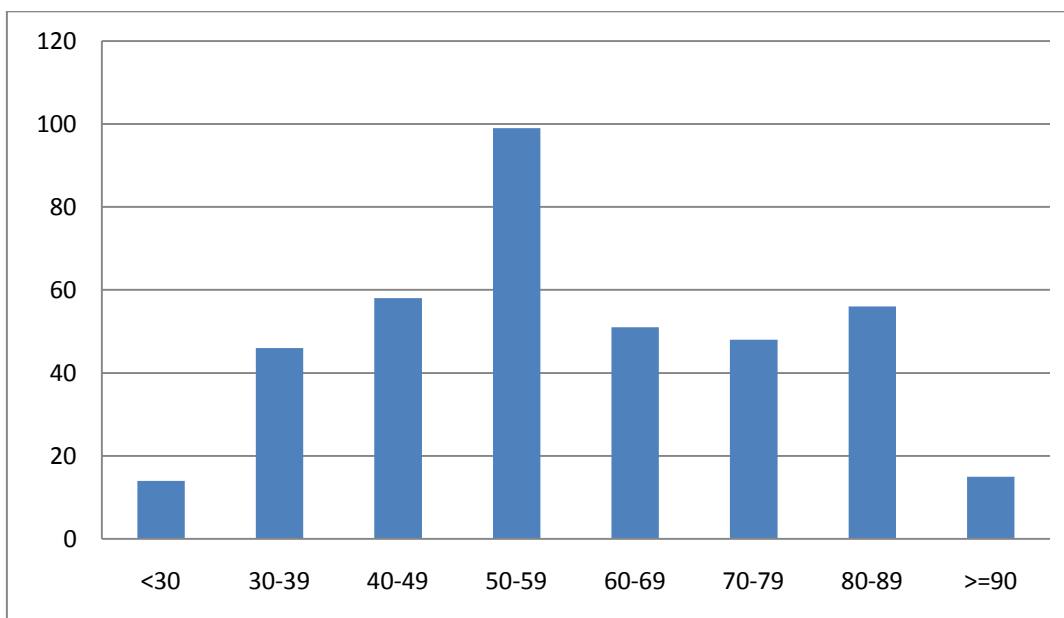


Figura 4: Distribuição do número de óbitos das médicas mulheres falecidas no estado de São Paulo de acordo com faixas etárias em intervalos de 10 anos, no período de 2000 a 2009, sem agrupamento por ano de óbito.

A **figura 5** apresenta a distribuição etária do óbito entre as mulheres e homens. Observa-se que houve aumento na proporção de mortes entre as mulheres até os 59 anos. A maior parte dos óbitos femininos concentrou-se entre os 40 e 60 anos. No caso dos médicos do sexo masculino, a proporção do número de mortes até os 60 anos foi menor do que entre as médicas.

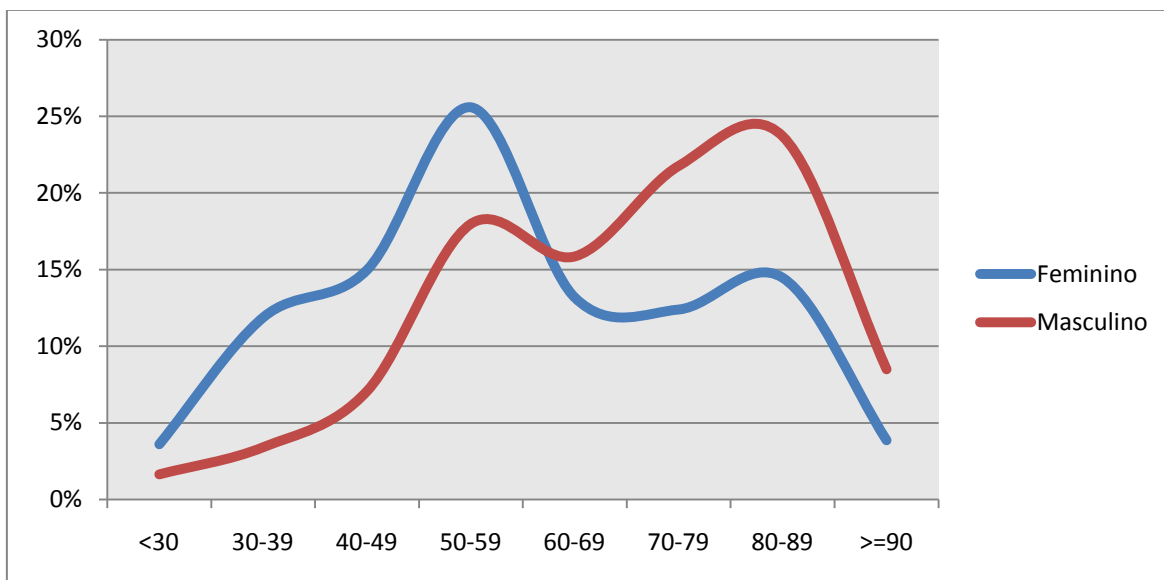


Figura 5: Distribuição dos óbitos por faixa etária de acordo com o gênero. Dados em porcentagem de óbitos, acumulados entre os anos de 2000 e 2009.

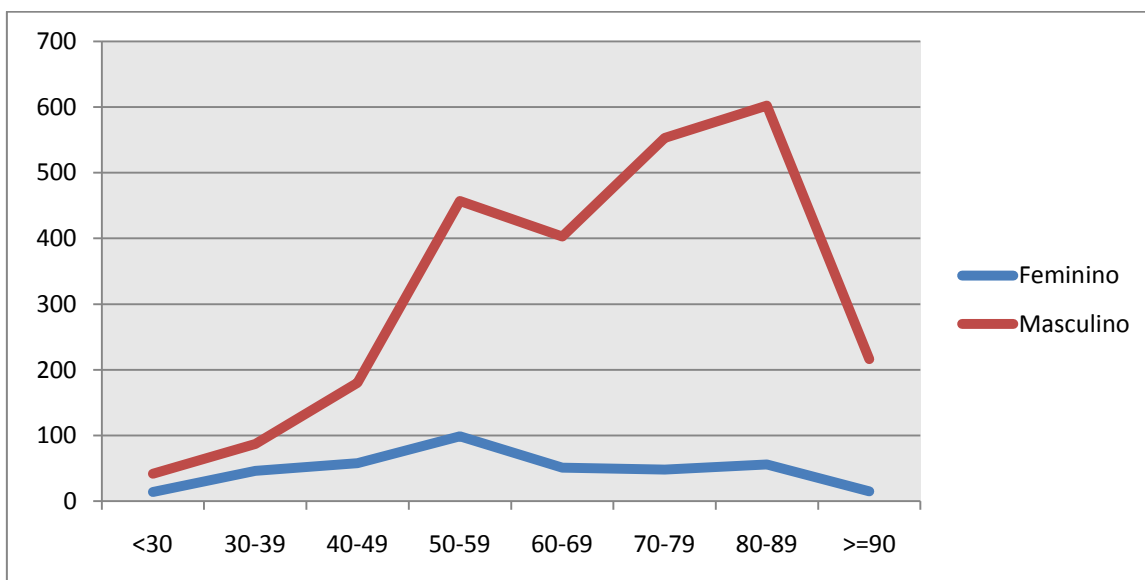


Figura 6: Distribuição dos óbitos por faixa etária de acordo com o gênero. Dados em número de óbitos, acumulados entre os anos de 2000 e 2009.

A **figura 6** apresenta a distribuição dos dados brutos, ou seja, de acordo com o número de casos de morte em cada faixa etária, no total da década. Assim, nota-se para ambos os sexos um pico no número de óbitos na faixa de 50 a 59 anos, com redução na faixa subsequente. No entanto, para homens a maior concentração de óbitos ocorreu na faixa de 80 a 89 anos de idade, na qual foram registrados 602 óbitos e, para mulheres, na faixa de 50 a 59 anos, na qual foram registrados 99 óbitos, com já observado nas **figuras 3 e 4**.

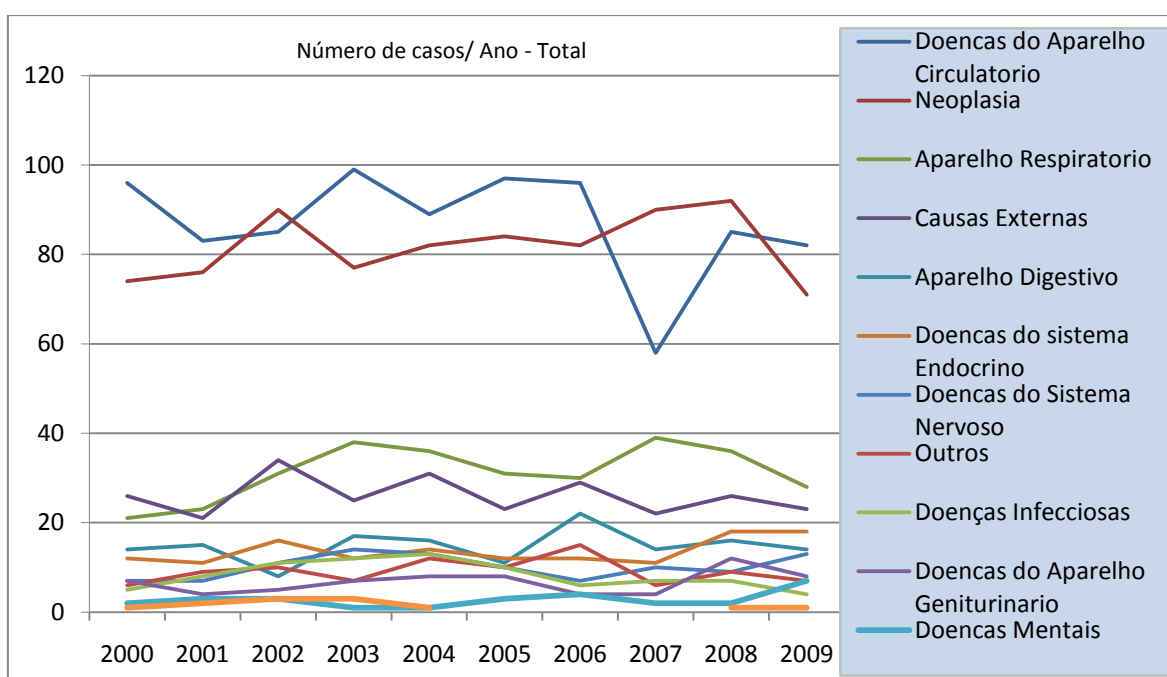


Figura 7: Causa básica de morte de médicos no período de 2000 a 2009, agrupadas por capítulo do CID-10. Dados apresentando números de casos.

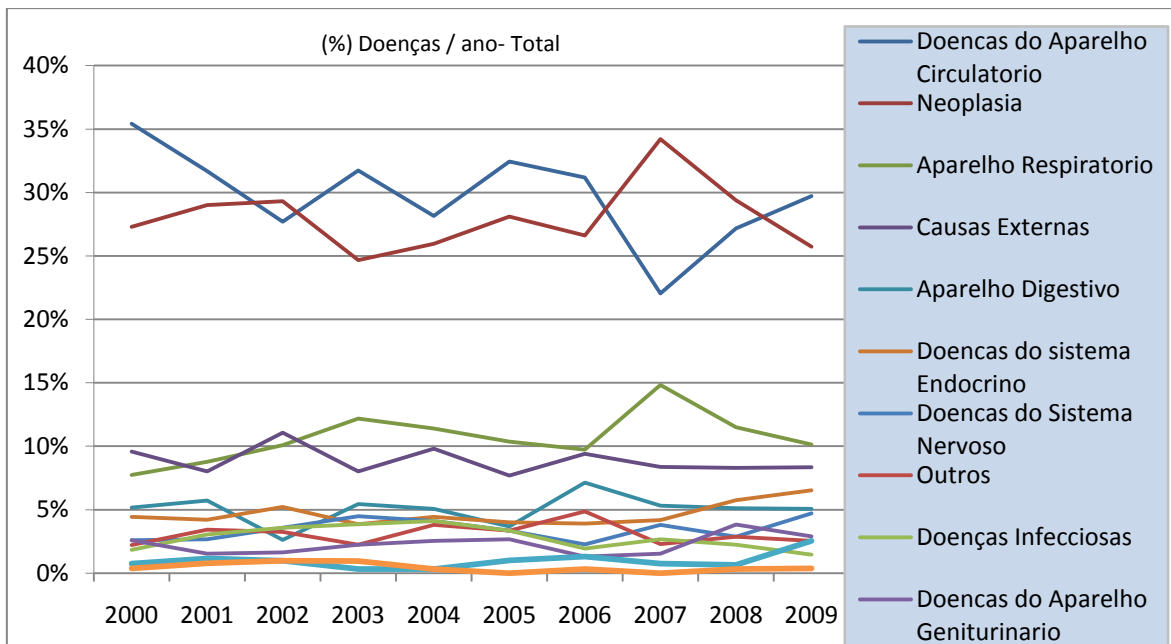


Figura 8: Causa básica de morte de médicos no período de 2000 a 2009, agrupadas por capítulo do CID-10. Dados apresentando a proporção de mortes por sistemas/aparelhos.

As **figuras 7 e 8** apresentaram os dados gerais das causas básicas de morte de médicos de ambos os sexos na última década, agrupados por capítulos do CID-10. A maior parte das mortes ocorridas na década teve como causa básica alguma doença do aparelho circulatório (DAC), seja em número absoluto seja em proporção de mortes. Em 2000, 35% das mortes de médicos ocorreram devido a uma DAC (especialmente infartos).

As neoplasias ocuparam a segunda posição dentre as causas básicas de morte de médicos.

A terceira posição dentre as causas básicas de morte foi ocupada por doenças do sistema respiratório, exceto nos anos de 2000, 2002 e 2006, em que foi superada pelas mortes por causas externas. Em geral as causas externas contribuíram com cerca de 8% a 11% do total das mortes, enquanto as causas respiratórias contribuíram com 8% a 15% das fatalidades.

Em números absolutos, as causas externas geraram de 21 a 34 mortes por ano na última década, enquanto as DAC fatais acometeram em média 87 médicos ao ano.

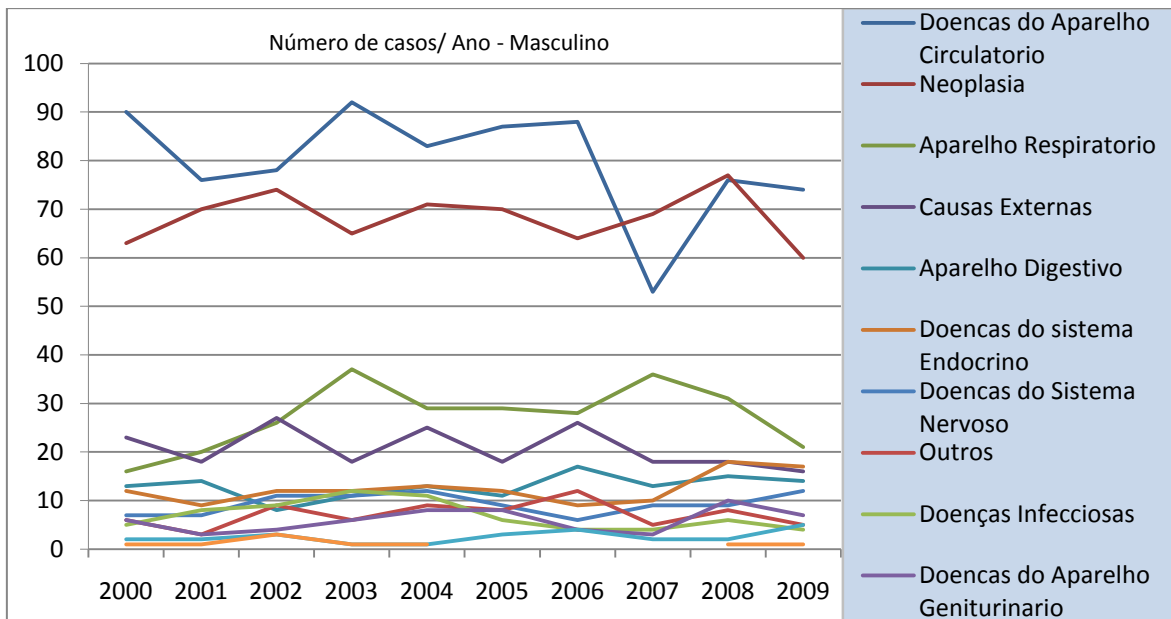


Figura 9: Causa básica de morte de médicos do sexo masculino no período de 2000 a 2009 agrupadas por capítulo do CID-10. Dados apresentando números de casos.

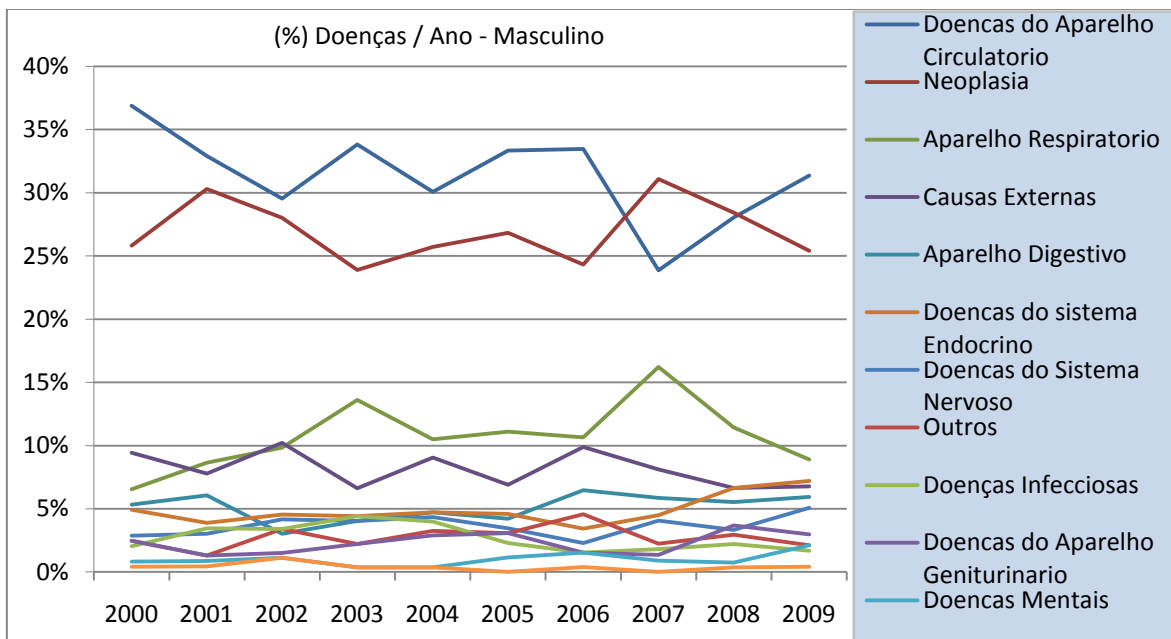


Figura 10: Causa básica de morte de médicos do sexo masculino no período de 2000 a 2009 agrupadas por capítulo do CID-10. Dados apresentando a proporção de mortes por sistemas/aparelhos.

Visto serem de homens a maioria dos casos de óbito de médicos entre 2000 e 2009, as curvas de mortalidade proporcional por sistemas/aparelhos apresentou nas figuras 9 e 10, um cenário semelhante ao anteriormente apresentado nas figuras 7 e 8.

Médicos do sexo masculino morrem majoritariamente de DAC's. Em média, cerca de 30% das mortes masculinas no período ocorreram em decorrência de DAC's, enquanto 27% decorreram de neoplasias. Entre homens, no ano de 2000 as causas externas matavam mais do que as doenças do aparelho respiratório, nos anos seguintes isso não foi confirmado e as doenças respiratórias passaram a ser a terceira principal causa de morte. No ano de 2009, 21 médicos morreram de causas respiratórias enquanto 16 morreram em decorrências de causas externas.

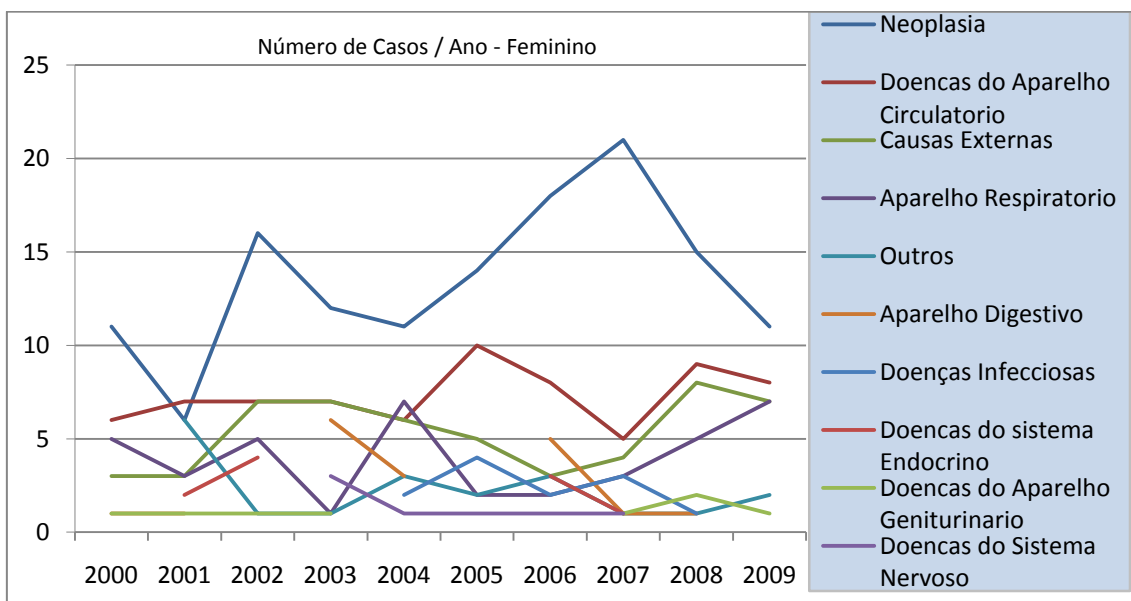


Figura 11: Causa básica de morte de médicas do sexo feminino no período de 2000 a 2009 agrupadas por capítulo do CID-10. Dados apresentando números de casos.

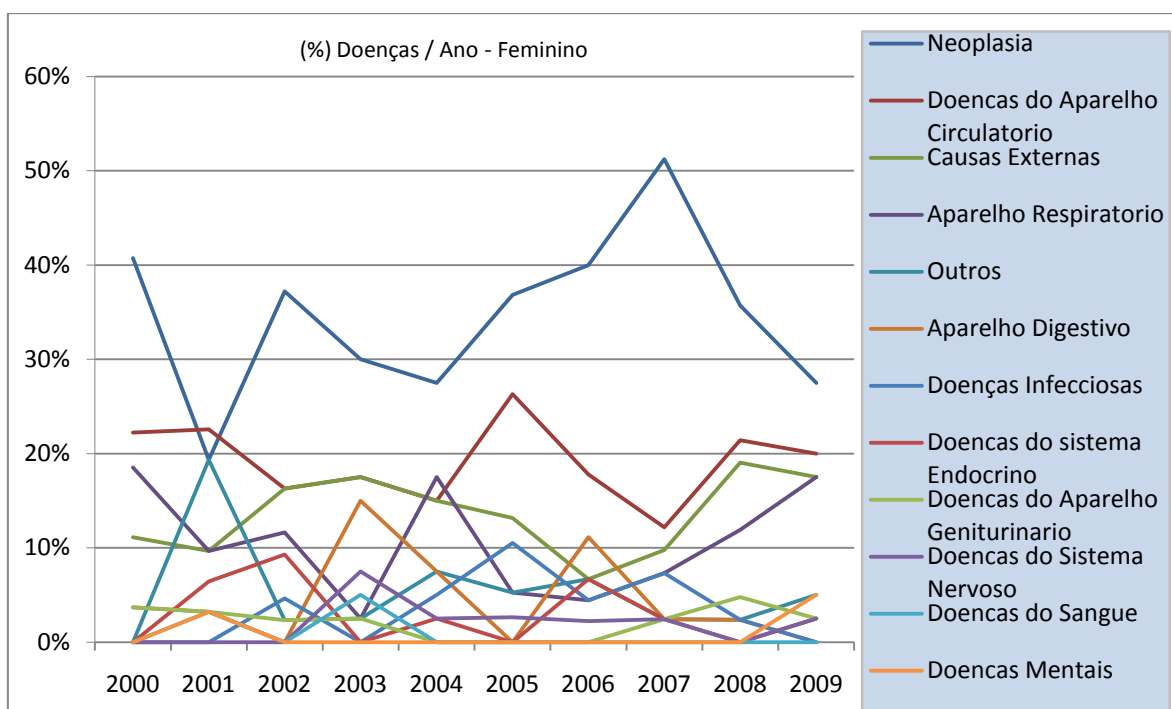


Figura 12: Causa básica de morte de médicas do sexo feminino no período de 2000 a 2009 agrupadas por capítulo do CID-10. Dados apresentando a proporção de mortes por sistemas/aparelhos.

As **figuras 11 e 12** permitem a descrição dos óbitos de médicas na década de 2000 a 2009. No período estudado, as mulheres vieram a óbito principalmente por neoplasias. Em números absolutos, nota-se, em média, que 14 médicas morreram ao ano por neoplasias. DAC's foram a segunda causa de morte e contam com apenas 7 das 38 mortes que ocorreram em média em cada ano do referido período.

As **tabelas 4, 5 e 6** expressam em números absolutos e porcentagens as mortes ocorridas ano a ano de acordo com o grupo de causa básica de morte. A tabela 4 apresenta o total para os médicos, independente do sexo e as tabelas 5 e 6 são específicas para homens e mulheres, respectivamente. Estes dados facilitam a compreensão dos gráficos, visto que mostram os valores absolutos e relativos de cada ponto e permitem comparações futuras.

Tabela 4: Mortalidade proporcional por causa básica de morte de médicos no período de 2000 a 2009 agrupadas por capítulo do CID-10. Dados apresentando a proporção de mortes por sistemas/aparelhos e número absolutos de casos, sem agrupamento por gênero.

Geral	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Aparelho Circulatório	96	83	85	99	89	97	96	58	85	82	870
	35,4%	31,7%	27,7%	31,7%	28,2%	32,4%	31,2%	22,1%	27,2%	29,7%	29,7%
Neoplasia	74	76	90	77	82	84	82	90	92	71	818
	27,3%	29,0%	29,3%	24,7%	25,9%	28,1%	26,6%	34,2%	29,4%	25,7%	27,9%
Aparelho Respiratório	21	23	31	38	36	31	30	39	36	28	313
	7,7%	8,8%	10,1%	12,2%	11,4%	10,4%	9,7%	14,8%	11,5%	10,1%	10,7%
Causas Externas	26	21	34	25	31	23	29	22	26	23	260
	9,6%	8,0%	11,1%	8,0%	9,8%	7,7%	9,4%	8,4%	8,3%	8,3%	8,9%
Aparelho Digestivo	14	15	8	17	16	11	22	14	16	14	147
	5,2%	5,7%	2,6%	5,4%	5,1%	3,7%	7,1%	5,3%	5,1%	5,1%	5,0%
Sistema Endócrino	12	11	16	12	14	12	12	11	18	18	136
	4,4%	4,2%	5,2%	3,8%	4,4%	4,0%	3,9%	4,2%	5,8%	6,5%	4,6%
Sistema Nervoso	7	7	11	14	13	10	7	10	9	13	101
	2,6%	2,7%	3,6%	4,5%	4,1%	3,3%	2,3%	3,8%	2,9%	4,7%	3,5%
Outros	6	9	10	7	12	10	15	6	9	7	91
	2,2%	3,4%	3,3%	2,2%	3,8%	3,3%	4,9%	2,3%	2,9%	2,5%	3,1%
Doenças Infeciosas	5	8	11	12	13	10	6	7	7	4	83
	1,8%	3,1%	3,6%	3,8%	4,1%	3,3%	1,9%	2,7%	2,2%	1,4%	2,8%
Aparelho Geniturinário	7	4	5	7	8	8	4	4	12	8	67
	2,6%	1,5%	1,6%	2,2%	2,5%	2,7%	1,3%	1,5%	3,8%	2,9%	2,3%
Doenças Mentais	2	3	3	1	1	3	4	2	2	7	28
	0,7%	1,1%	1,0%	0,3%	0,3%	1,0%	1,3%	0,8%	0,6%	2,5%	1,0%
Doenças do Sangue	1	2	3	3	1	0	1	0	1	1	13
	0,4%	0,8%	1,0%	1,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,4%	0,4%
Total	271	262	307	312	316	299	308	263	313	276	2927

Tabela 5: Mortalidade proporcional por causa básica de morte de médicos homens no período de 2000 a 2009 agrupadas por capítulo do CID-10. Dados apresentando a proporção de mortes por sistemas/aparelhos e número absolutos de casos.

Masculino	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Aparelho Circulatório	90	76	78	92	83	87	88	53	76	74	797
	36,9%	32,9%	29,5%	33,8%	30,1%	33,3%	33,5%	23,9%	28,0%	31,4%	31,4%
Neoplasia	63	70	74	65	71	70	64	69	77	60	683
	25,8%	30,3%	28,0%	23,9%	25,7%	26,8%	24,3%	31,1%	28,4%	25,4%	26,9%
Aparelho Respiratório	16	20	26	37	29	29	28	36	31	21	273
	6,6%	8,7%	9,8%	13,6%	10,5%	11,1%	10,6%	16,2%	11,4%	8,9%	10,7%
Causas Externas	23	18	27	18	25	18	26	18	18	16	207
	9,4%	7,8%	10,2%	6,6%	9,1%	6,9%	9,9%	8,1%	6,6%	6,8%	8,1%
Aparelho Digestivo	13	14	8	11	13	11	17	13	15	14	129
	5,3%	6,1%	3,0%	4,0%	4,7%	4,2%	6,5%	5,9%	5,5%	5,9%	5,1%
Sistema Endócrino	12	9	12	12	13	12	9	10	18	17	124
	4,9%	3,9%	4,5%	4,4%	4,7%	4,6%	3,4%	4,5%	6,6%	7,2%	4,9%
Sistema Nervoso	7	7	11	11	12	9	6	9	9	12	93
	2,9%	3,0%	4,2%	4,0%	4,3%	3,4%	2,3%	4,1%	3,3%	5,1%	3,7%
Outros	6	3	9	6	9	8	12	5	8	5	71
	2,5%	1,3%	3,4%	2,2%	3,3%	3,1%	4,6%	2,3%	3,0%	2,1%	2,8%
Doenças Infecciosas	5	8	9	12	11	6	4	4	6	4	69
	2,0%	3,5%	3,4%	4,4%	4,0%	2,3%	1,5%	1,8%	2,2%	1,7%	2,7%
Aparelho Geniturinário	6	3	4	6	8	8	4	3	10	7	59
	2,5%	1,3%	1,5%	2,2%	2,9%	3,1%	1,5%	1,4%	3,7%	3,0%	2,3%
Doenças Mentais	2	2	3	1	1	3	4	2	2	5	25
	0,8%	0,9%	1,1%	0,4%	0,4%	1,1%	1,5%	0,9%	0,7%	2,1%	1,0%
Doenças do Sangue	1	1	3	1	1	0	1	0	1	1	10
	0,4%	0,4%	1,1%	0,4%	0,4%	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%	0,4%	0,4%
Total	244	231	264	272	276	261	263	222	271	236	2540

Tabela 6: Mortalidade proporcional por causa básica de morte de médicas mulheres no período de 2000 a 2009 agrupadas por capítulo do CID-10. Dados apresentando a proporção de mortes por sistemas/aparelhos e número absolutos de casos.

Feminino	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Neoplasia	11	6	16	12	11	14	18	21	15	11	135
	40,7%	19,4%	37,2%	30,0%	27,5%	36,8%	40,0%	51,2%	35,7%	27,5%	34,9%
Aparelho Circulatório	6	7	7	7	6	10	8	5	9	8	73
	22,2%	22,6%	16,3%	17,5%	15,0%	26,3%	17,8%	12,2%	21,4%	20,0%	18,9%
Causas Externas	3	3	7	7	6	5	3	4	8	7	53
	11,1%	9,7%	16,3%	17,5%	15,0%	13,2%	6,7%	9,8%	19,0%	17,5%	13,7%
Aparelho Respiratório	5	3	5	1	7	2	2	3	5	7	40
	18,5%	9,7%	11,6%	2,5%	17,5%	5,3%	4,4%	7,3%	11,9%	17,5%	10,3%
Outros	0	6	1	1	3	2	3	1	1	2	20
	0,0%	19,4%	2,3%	2,5%	7,5%	5,3%	6,7%	2,4%	2,4%	5,0%	5,2%
Aparelho Digestivo	1	1	0	6	3	0	5	1	1	0	18
	3,7%	3,2%	0,0%	15,0%	7,5%	0,0%	11,1%	2,4%	2,4%	0,0%	4,7%
Doenças Infeciosas	0	0	2	0	2	4	2	3	1	0	14
	0,0%	0,0%	4,7%	0,0%	5,0%	10,5%	4,4%	7,3%	2,4%	0,0%	3,6%
Sistema Endócrino	0	2	4	0	1	0	3	1	0	1	12
	0,0%	6,5%	9,3%	0,0%	2,5%	0,0%	6,7%	2,4%	0,0%	2,5%	3,1%
Aparelho Geniturinário	1	1	1	1				1	2	1	8
	3,7%	3,2%	2,3%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	4,8%	2,5%	2,1%
Sistema Nervoso	0	0	0	3	1	1	1	1	0	1	8
	0,0%	0,0%	0,0%	7,5%	2,5%	2,6%	2,2%	2,4%	0,0%	2,5%	2,1%
Doenças do Sangue	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3
	0,0%	3,2%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
Doenças Mentais	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	3
	0,0%	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,8%
Total	27	31	43	40	40	38	45	41	42	40	387

Tabela 7: Mortalidade proporcional por causa básica de morte de médicos no período de 2000 a 2009 agrupadas por capítulo do CID-10 e gênero. Dados apresentando a proporção de mortes por sistemas/aparelhos e número absolutos de casos, agrupados pelo total dos anos.

	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
Aparelho Circulatório	870	29,7	797	31,4	73	18,9
Neoplasia	818	27,9	683	26,9	135	34,9
Aparelho Respiratório	313	10,7	273	10,7	40	10,3
Causas Externas	260	8,9	207	8,1	53	13,7
Aparelho Digestivo	147	5,0	129	5,1	18	4,7
Sistema Endócrino	136	4,6	124	4,9	12	3,1
Sistema Nervoso	101	3,5	93	3,7	8	2,1
Outros	91	3,1	71	2,8	20	5,2
Doenças Infecciosas	83	2,8	69	2,7	14	3,6
Aparelho Geniturinário	67	2,3	59	2,3	8	2,1
Doenças Mentais	28	1,0	25	1,0	3	0,8
Doenças do Sangue	13	0,4	10	0,4	3	0,8
Total	2927	100,0	2540	100,0	387	100,0

A **tabela 7** agrupa os totais das tabelas 4, 5 e 6, mostrando as diferenças de mortalidade proporcional por gênero no período total avaliado.

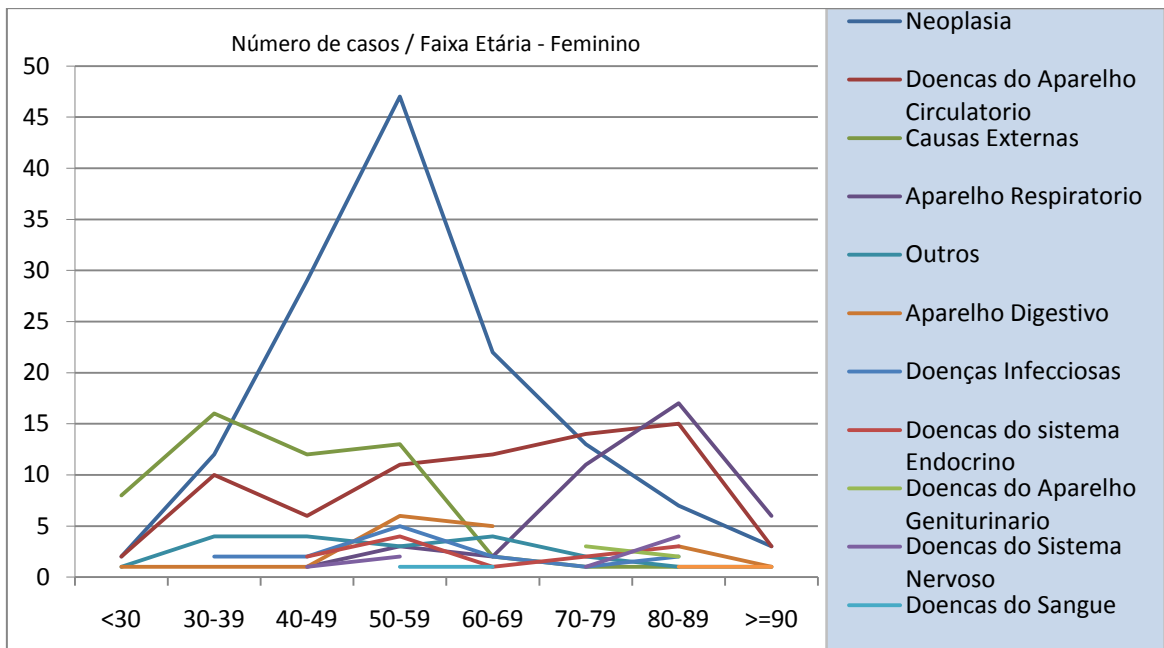


Figura 13: Causa básica de morte de médicas agrupadas por capítulo do CID-10, no período de 2000 a 2009, de acordo com a faixa etária da morte. Dados apresentando números de casos.

A **figura 13** apresenta a concentração absoluta das mortes femininas por faixa etária. A maioria dos óbitos de médicas na faixa dos 50-59 anos ocorreu devido a neoplasias. A faixa etária de até 30 anos apresentou baixíssima concentração de casos (N=14) e a maioria deles (N=8) decorrente de causas externas.

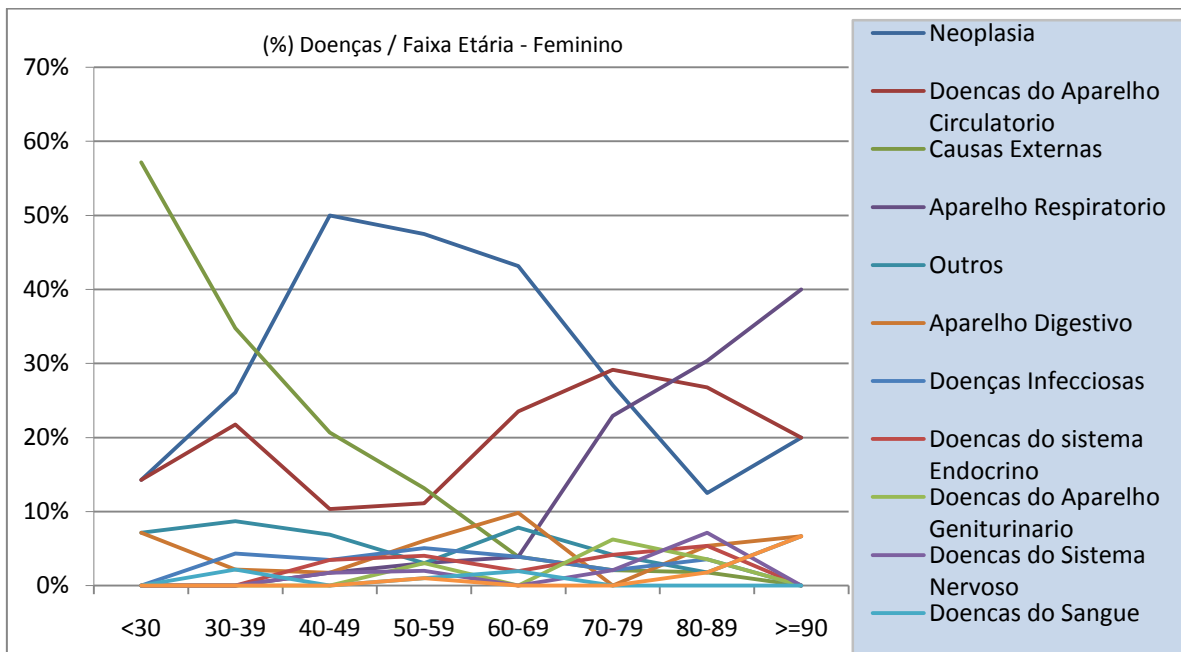


Figura 14: Causa básica de morte de médicas por capítulo do CID-10, no período de 2000 a 2009, de acordo com a faixa etária da morte. Dados apresentando a proporção de mortes por sistemas/aparelhos.

A **figura 14** apresenta as curvas de mortalidade proporcional por causas para mulheres médicas por faixa etária do óbito. Nela fica mais claro que 57% das jovens médicas morreram de causas externas, enquanto que nas faixas entre os 40 e 70 anos, as neoplasias corresponderam à principal causa básica de morte. Após os 70 anos, houve queda da mortalidade proporcional por neoplasias e crescimento das mortes por doenças do aparelho respiratório.

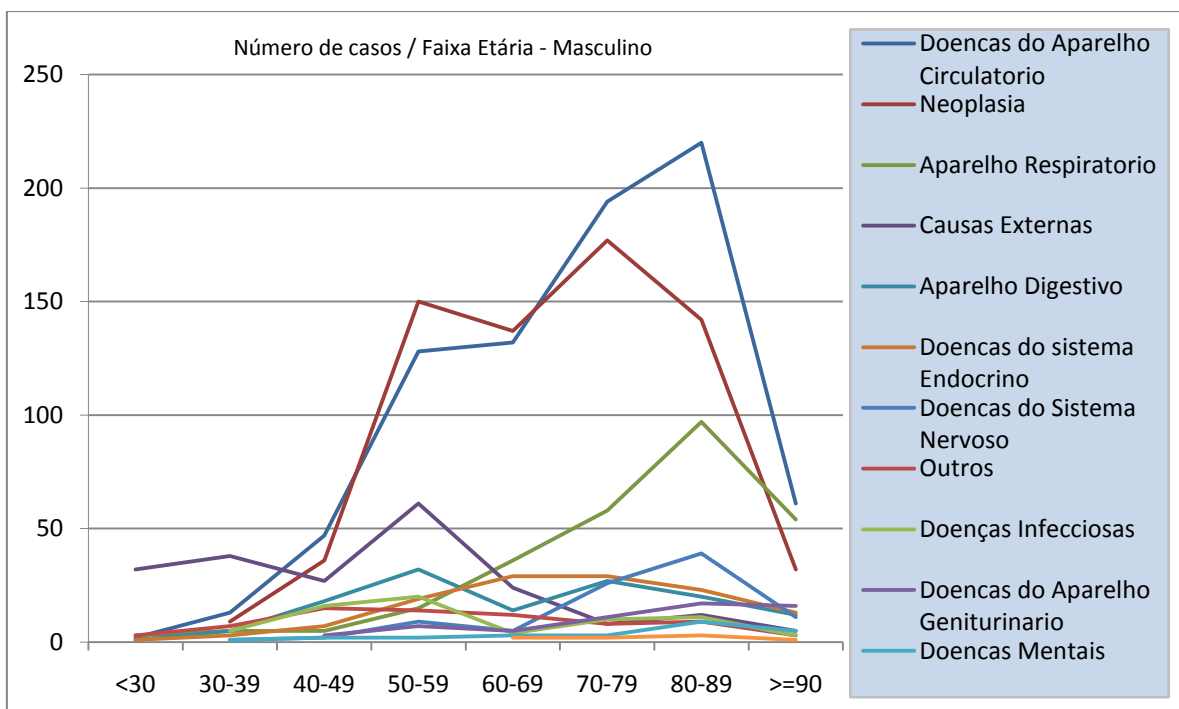


Figura 15: Causa básica de morte de médicos homens agrupadas por capítulo dos CID-10, no período de 2000 a 2009, por faixa etária da morte. Dados apresentando números de casos.

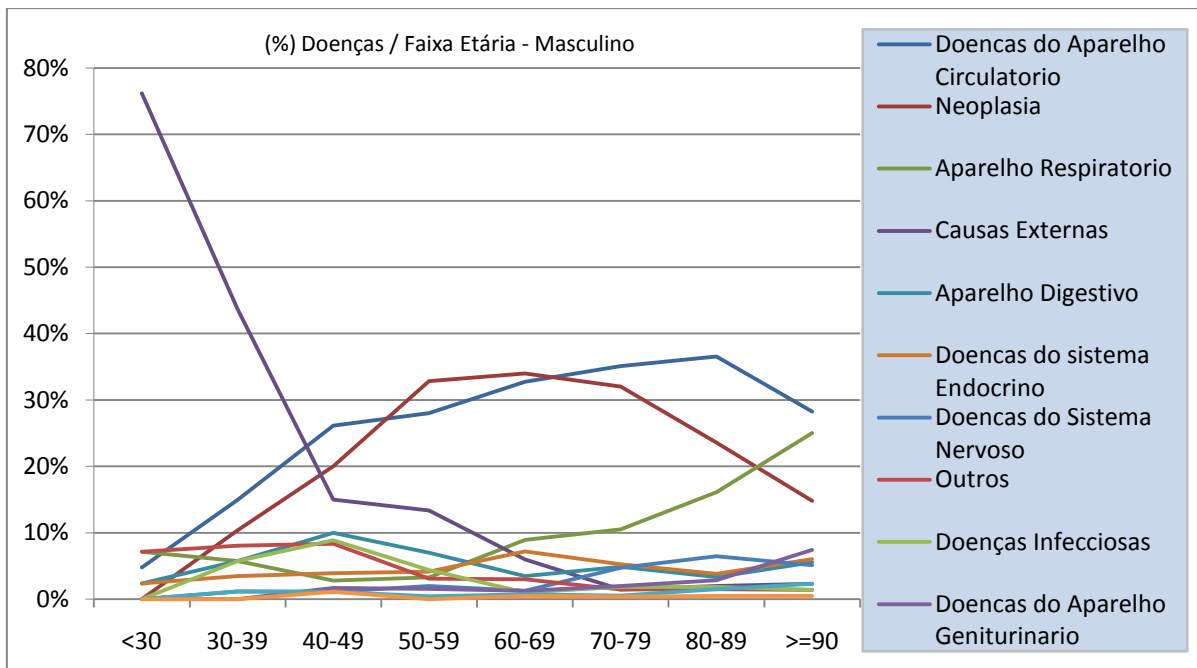


Figura 16: Causa básica de morte de médicos homens agrupadas por capítulo dos CID-10, no período de 2000 a 2009, por faixa etária da morte. Dados apresentando a proporção de mortes por sistemas/aparelhos.

No caso dos homens, as causas externas contribuíram com quase 80% das mortes entre os jovens (menores de 30 anos) e esta é a principal causa de morte até os 40 anos. Nas faixas posteriores foram as neoplasias e DAC's responsáveis pelas fatalidades entre homens. Após os 89 anos as neoplasias perderam a segunda colocação para as doenças do aparelho respiratório, como pode ser observado na **figura 16**. Em números absolutos, nota-se que as neoplasias e DAC's foram responsáveis pela grande maioria das mortes de médicos do sexo masculino a partir dos 50 anos (**figura 15**).

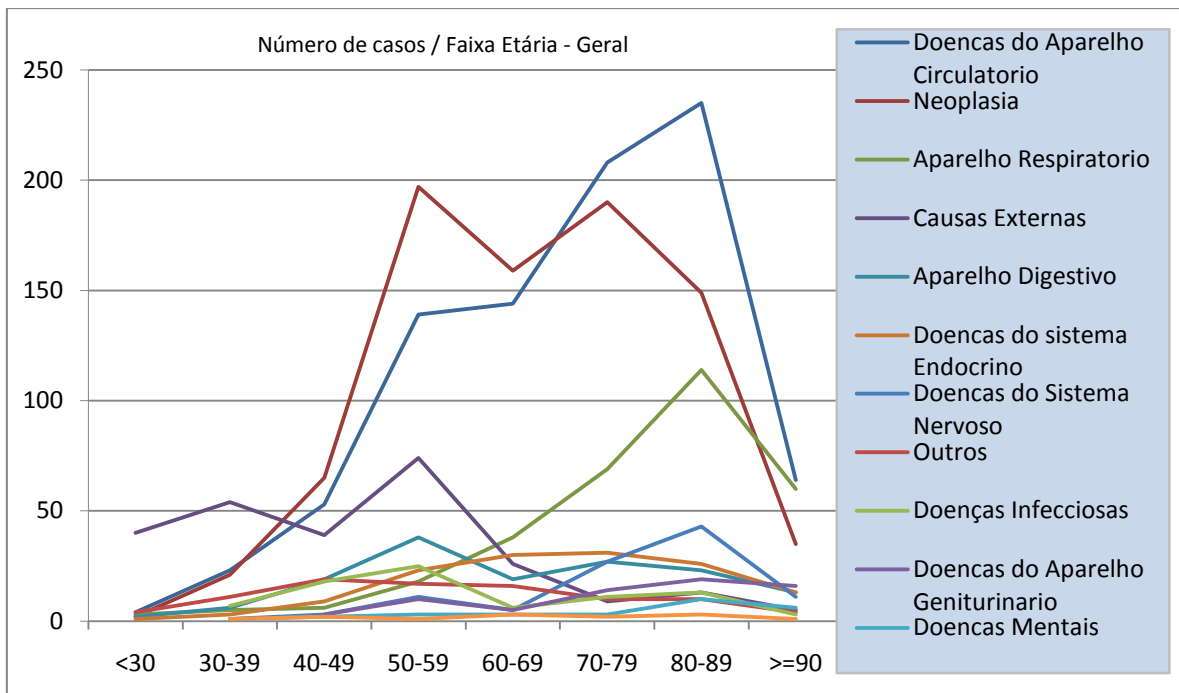


Figura 17: Causa básica de morte de médicos (não agrupado por gênero) no período de 2000 a 2009 agrupadas por capítulo dos CID-10, de acordo com a faixa etária de morte. Dados apresentando números de casos.

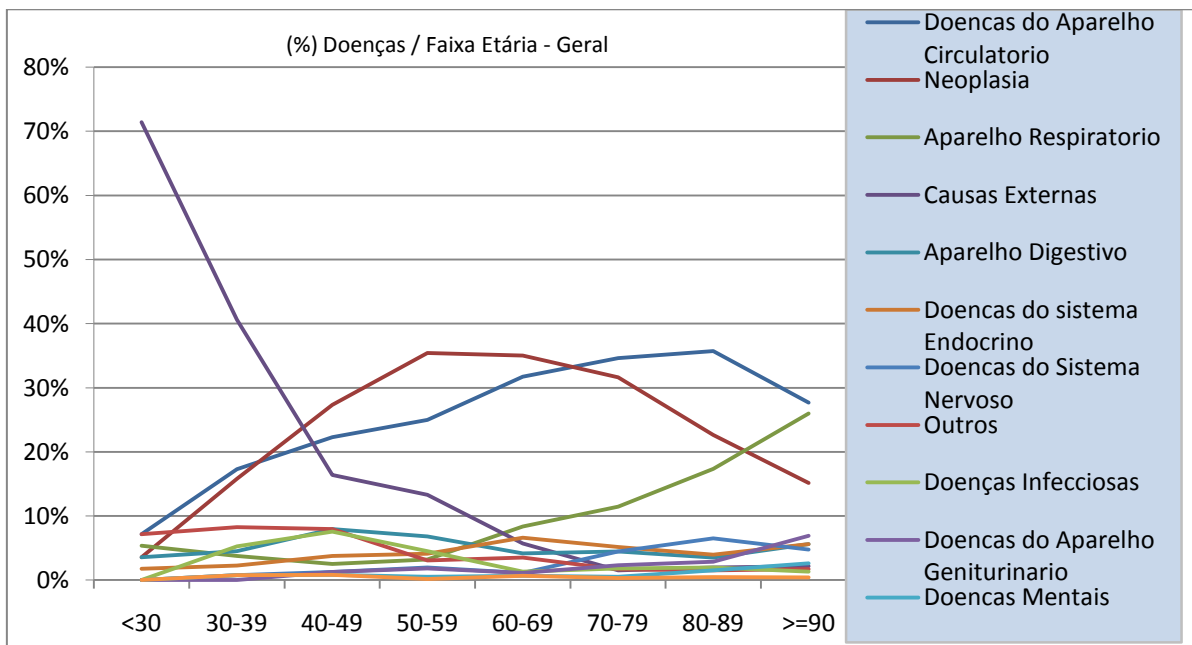


Figura 18: Causa básica de morte de médicos (não agrupado por gênero) no período de 2000 a 2009 agrupadas por capítulo dos CID-10, de acordo com a faixa etária de morte. Dados apresentando a proporção de mortes por sistemas/aparelhos.

Na observação dos gráficos de causas de morte por faixa etária, sem agrupamento por gênero, nota-se ampla similaridade com os gráficos relativos ao agrupamento do gênero masculino.

As DAC's foram responsáveis por 870 óbitos de médicos entre os anos de 2000 a 2009 e neoplasias por 818 óbitos. Destes, 651 e 533, respectivamente, ocorreram após os 60 anos (**figura 17**).

A **figura 18** apresenta a curva proporcional de mortalidade por faixa etária e observa-se que 71% dos óbitos antes dos 30 anos ocorreram devido a causas externas. Dos 40 aos 70 anos de idade foram as neoplasias (33%) que originaram mais óbitos, seguidas pelas DAC's (26%). Porém, este quadro se inverte acima dos 70 anos (23% vs 33%).

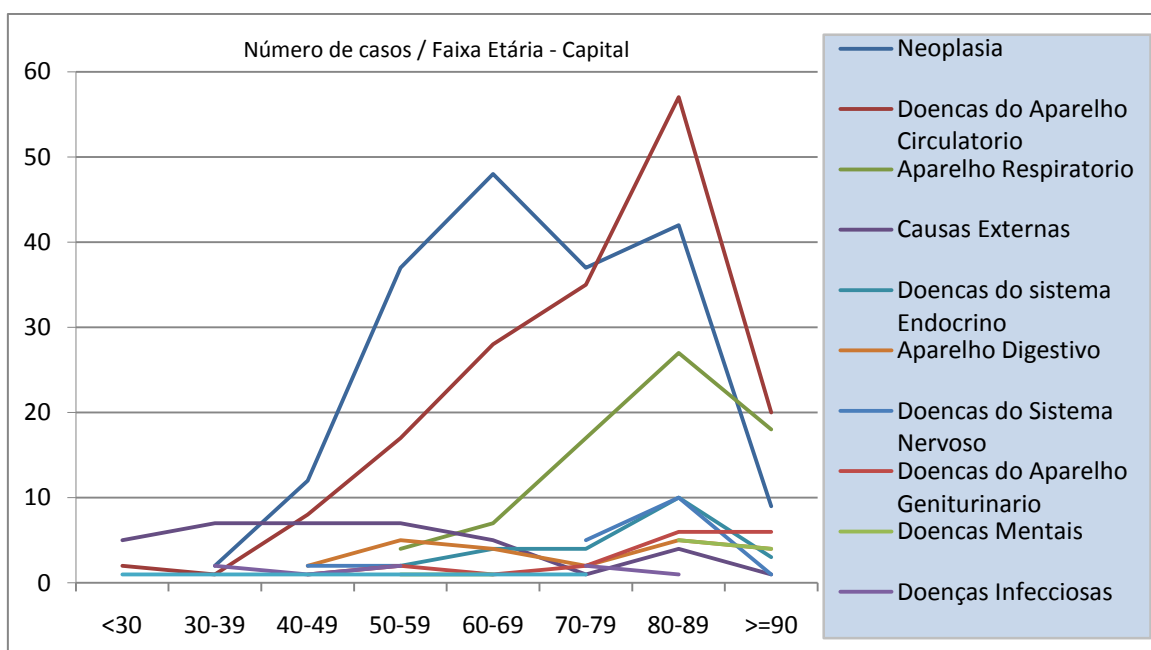


Figura 19: Causa básica de morte de médicos residentes na cidade de São Paulo (não agrupado por gênero) no período de 2000 a 2009 agrupadas por capítulo dos CID-10. Dados apresentando números de casos.

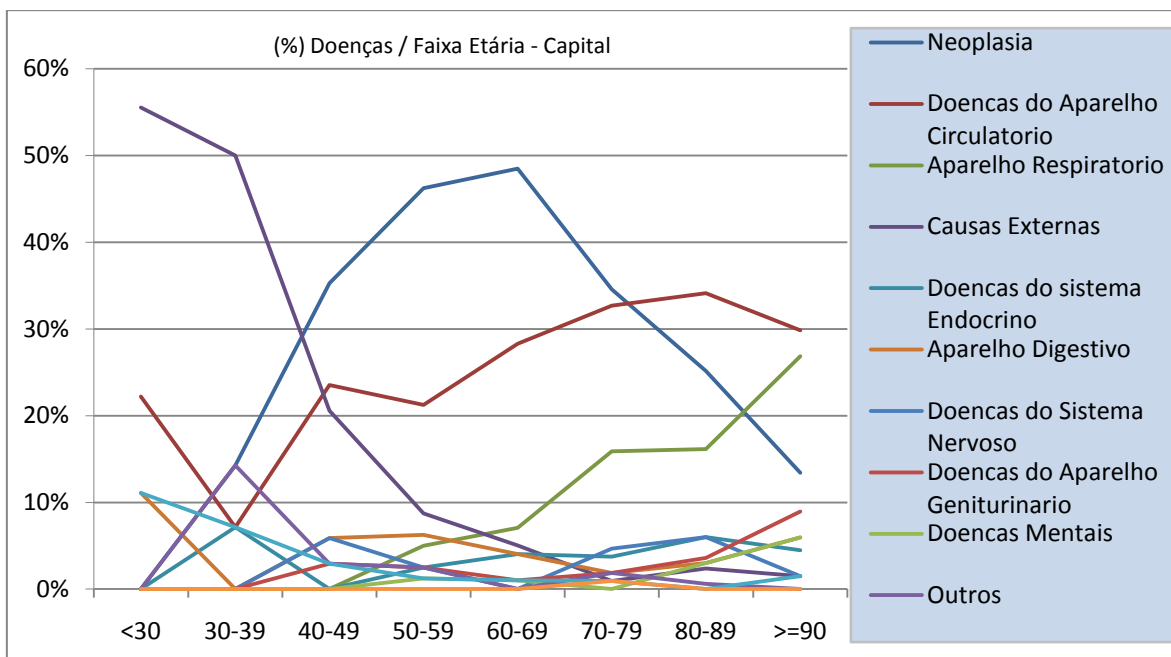


Figura 20: Causa básica de morte de médicos residentes na cidade de São Paulo no período de 2000 a 2009 agrupadas por capítulo dos CID-10. Dados apresentando a proporção de mortes por sistemas/aparelhos.

As figuras 19 e 20 apresentam a distribuição proporcional de óbitos para médicos falecidos cuja residência era na cidade de São Paulo. Estes óbitos, como descrito na tabela 1, representaram 54% dos óbitos. Em São Paulo capital, causas externas foram a principal causa de morte de médicos até os 40 anos de idade. A partir desta faixa, as neoplasias ganham espaço e foram a principal causa de morte até os 80 anos de idade, quando foram ultrapassadas pelas DAC's.

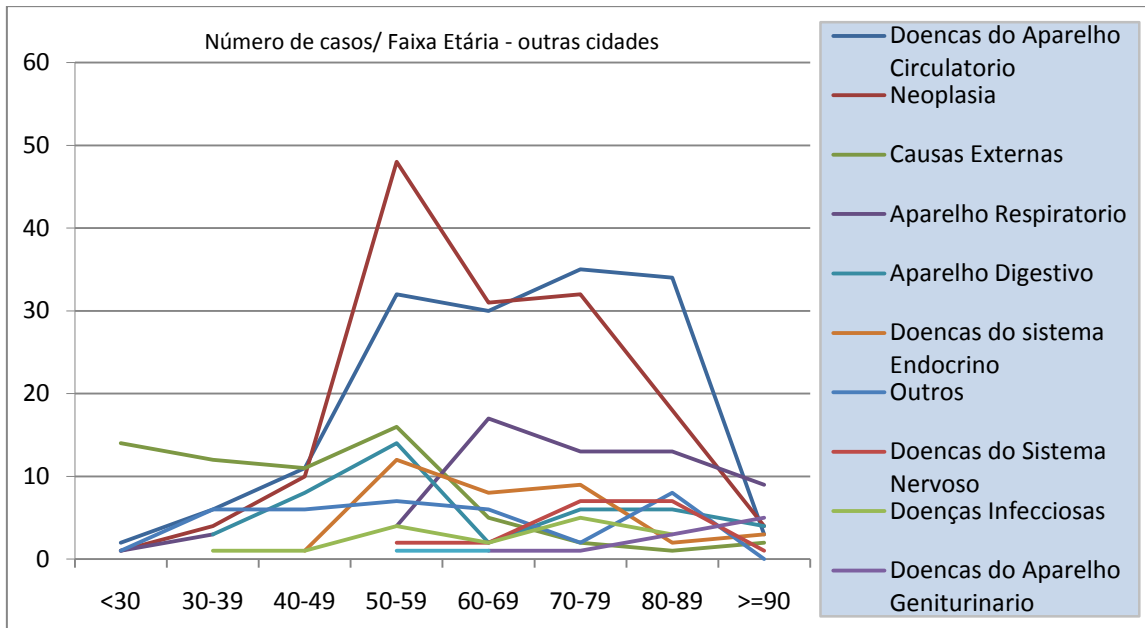


Figura 21: Causa básica de morte de médicos no período de 2000 a 2009 agrupadas por capítulo dos CID-10, de residentes em outras cidades de São Paulo que não a capital do estado. Dados apresentando números de casos.

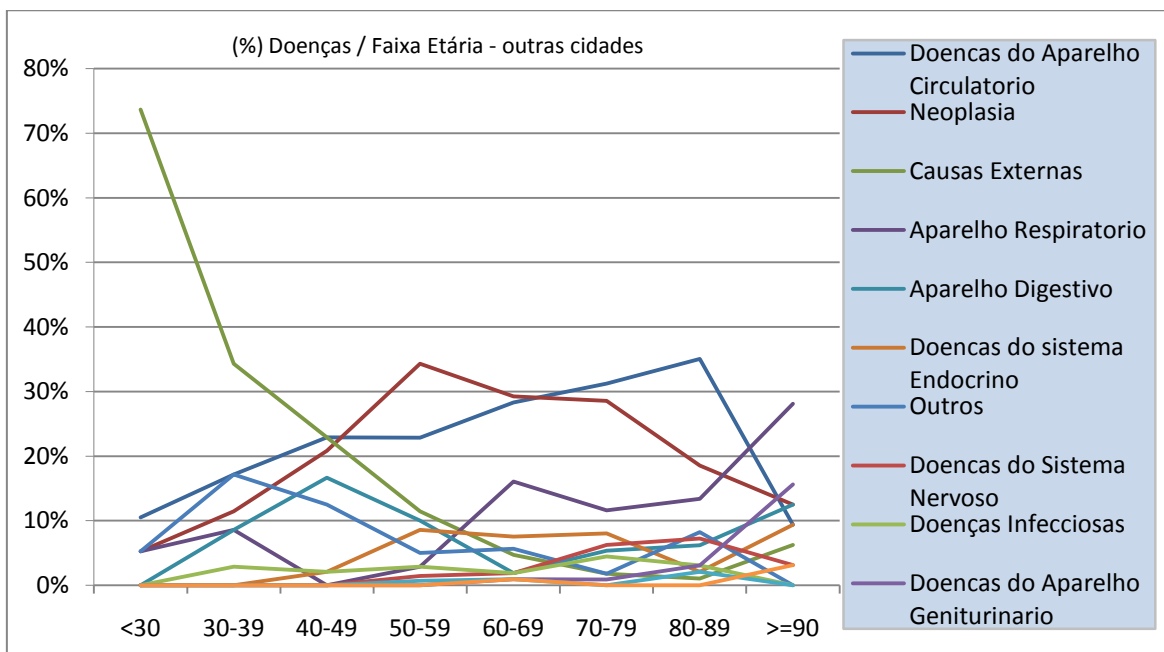


Figura 22: Causa básica de morte de médicos no período de 2000 a 2009 agrupadas por capítulo dos CID-10, de residentes em outras cidades de São Paulo que não a capital do estado. Dados apresentando a proporção de mortes por sistemas/aparelhos.

As **figuras 21 e 22** apresentam a distribuição das causas de morte por faixas etárias para médicos residentes em outras cidades do estado, exceto São Paulo capital. Nestas figuras nota-se semelhança com os dados relativos aos médicos mortos na capital. No entanto, as causas externas foram responsáveis por maior proporção das mortes. Enquanto causas externas são responsáveis por 54% (N=5) dos óbitos entre jovens médicos (menores de 30 anos) na capital, as mesmas foram responsáveis por 75% (N=14) das mortes de jovens médicos em outras cidades. Enquanto a maioria das mortes na capital ocorreu entre 80 e 89 anos (N= 167), nas outras cidades a faixa etária de maior concentração das mortes ocorreu na faixa de 50 a 59 anos (N=140).

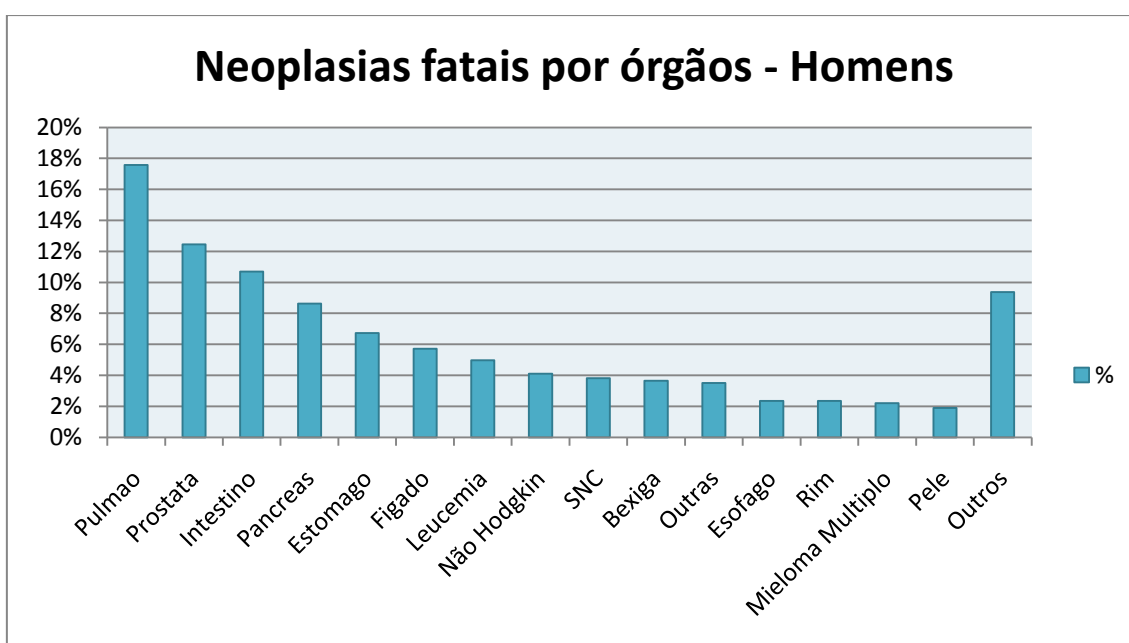


Figura 23: Tipo de neoplasia descrita como causa básica de morte de médicos homens falecidos no estado de São Paulo entre os anos de 2000 e 2009. Dados apresentados em porcentagem de local das neoplasias.

Entre homens, a neoplasia que mais contribuiu para os óbitos foi a de pulmão, seguida pela de próstata e de intestino (**figura 23**). Do total de 683 mortes por neoplasia entre médicos do sexo masculino na década de 2000 a 2009, estes três órgãos foram responsáveis respectivamente pela localização de 18%, 12% e 11% das neoplasias.

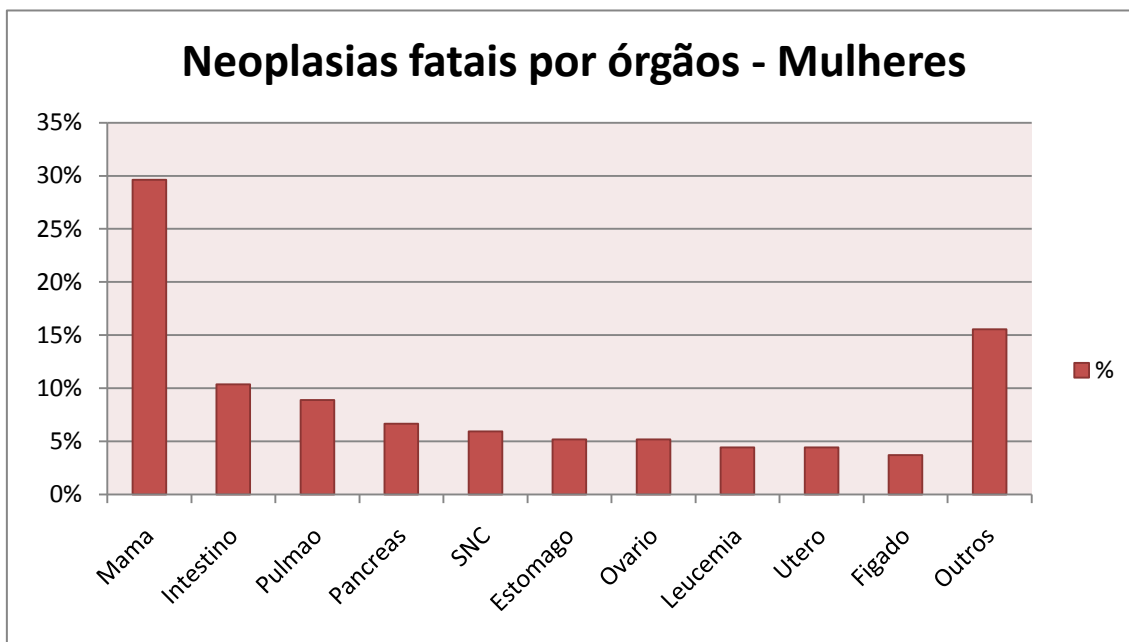


Figura 24: Tipo de neoplasia descrita como causa básica de morte de médicas falecidas no estado de São Paulo entre os anos de 2000 e 2009. Dados apresentados em porcentagem de local da neoplasia.

Entre mulheres médicas, foram registrados 135 óbitos cuja causa básica foi a neoplasia, na década de 2000 a 2009 (**figura 24**). Destas neoplasias fatais, 30% estavam localizadas na mama, 10% nos intestinos e 9% nos pulmões.

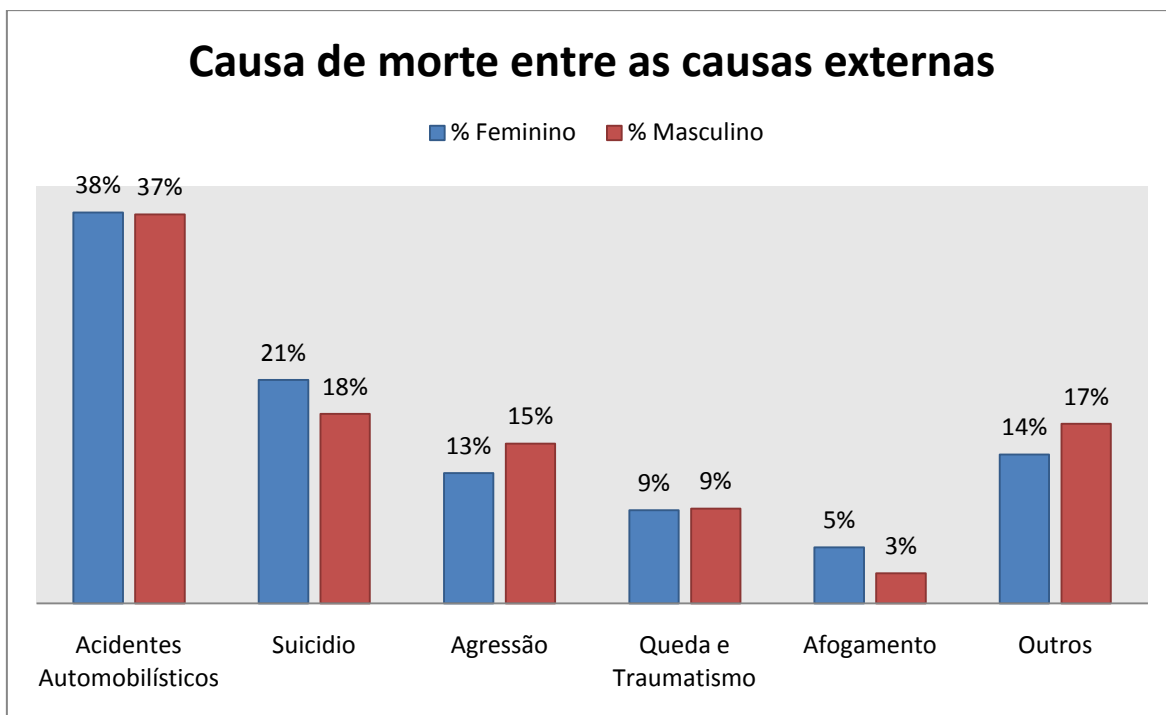


Figura 25: Tipo de morte por causas externas descritas como causa básica de morte de médicos falecidos no estado de São Paulo entre os anos de 2000 e 2009, de acordo com o gênero. Dados apresentados em porcentagem das mortes por causas externas em cada gênero.

A **figura 25** apresenta a proporção dos tipos de morte dentro da categoria de mortes por causas externas (capítulo XX do CID-10), como causa básica de morte. As mortes por causas externas representam 8,2% do total de mortes entre homens no período estudado e 14,5% do total de morte das mulheres. Acidentes automobilísticos (incluindo todo o tipo de automóveis e atropelamentos) contribuíram com quase 40% das mortes por causas externas em ambos os sexos.

Suicídios ocorrem mais entre as mulheres ($p=0,04$ - testado por qui-quadrado de Pearson), representando 3,1% do total de óbitos de mulheres e 1,6% do total de óbitos de homens. Porém, dentro da classe de mortes por causas externas, contribuem com cerca de 20% das mortes.

A taxa de mortalidade bruta por suicídio neste grupo foi de 3,5 por 10 mil médicos cadastrados no CREMESP na década (2000 a 2009). A taxa de mortalidade bruta por causas externas foi de 18,6 por 10 mil médicos na década.

Tabela 8: Número absoluto de mortes de médicos por HIV e doenças alcoólicas do fígado de 2000 a 2009, de acordo com o gênero.

Doença fatal	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total geral
Doença Alcoólica Fígado	0	3	1	1	1	1	3	3	1	0	14
Feminino	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Masculino	0	3	1	0	1	1	3	3	1	0	13
HIV total	3	2	4	4	5	3	1	3	1	1	27
Feminino	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Masculino	3	2	4	4	5	3	1	2	1	1	26
Total geral	3	5	5	5	6	4	4	6	2	1	41

A **tabela 8** mostra a distribuição anual de mortes por causas de interesse na literatura internacional sobre mortalidade de médicos.

No estado de São Paulo, apenas 27 médicos morreram ao longo da década devido a infecção por HIV, sendo que apenas uma médica foi identificada entre estes casos. Desta forma, morte por HIV representou 0,9% das mortes de médicos no período. Cirrose e outras doenças alcoólicas do fígado levaram a óbito 14 médicos no período (13 homens e 1 mulher), representando 0,5% do total de mortes.

Tabela 9: Taxa de mortalidade bruta anual dos médicos, considerando o número de mortes no período e o número de inscritos no CREMESP no meio do ano (dia 30/06)

Ano	Total inscritos dia 30/06	Número de mortes	Taxa de mortalidade por mil
2000	98865	271	2,74
2001	102513	262	2,56
2002	106276	307	2,89
2003	110038	312	2,84
2004	113973	316	2,77
2005	118197	299	2,53
2006	122657	308	2,51
2007	127233	263	2,07
2008	132039	313	2,37
2009	137090	276	2,01

DISCUSSÃO:

O presente estudo revela que doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de morte entre os médicos do estado de São Paulo na última década. Neoplasia e doenças do aparelho respiratório são responsáveis pela segunda e terceira posição no ranking de causas de morte. Sugere que mulheres médicas morreram, no período, em média, 10 anos antes do que os homens médicos. Entre as mulheres, a idade média de morte é de 59,2 anos enquanto que entre os homens esta média é de 69,1 anos. Para os homens, cerca de 30% das mortes no período ocorreram devido a DAC's e 27% devido a neoplasias. No caso das mulheres este quadro se inverte: 35% das mortes ocorreram devido a neoplasias e 19% devido a DAC's. A neoplasia que mais leva as mulheres a óbito é a de mama e entre os homens, a de pulmão.

Um diferencial dos registros de óbitos dos médicos do estado de São Paulo é a baixa ocorrência de mortes por causas mal definidas. Enquanto esta prevalência é de cerca de 7% na população geral do estado (SVS, 2004), ela ficou em 1,5% para o universo dos médicos, sugerindo cuidado dos médicos atestantes no preenchimento da declaração de óbito de seus colegas. As falhas do preenchimento da declaração de óbito estudadas e apresentadas por Mendonça et al (2010), por exemplo o excesso de campos em branco e causas de morte mal-definidas, não são encontradas nos registros de mortalidade da classe médica.

Mundialmente, doenças cardiovasculares são responsáveis pela maior parte das mortes. No entanto, a segunda posição mundial é ocupada por doenças infecciosas ou parasitárias (Murray & Lopez, 1997), que são de baixa taxa de mortalidade entre os médicos brasileiros na última década.

No estado de São Paulo, em 2001, a proporção de óbitos por grupos de causas foi de 30,1% por DAC's, 15,3% por neoplasias e 14,4% por causas externas (SVS, 2004). Dentre as causas externas, considerando os homicídios, os suicídios e os acidentes de trânsito, os dados estaduais são preocupantes, pois revelam um incremento considerável de óbitos nos últimos anos. Os diferenciais por sexo acentuam-se quando são analisados os óbitos por causas externas por faixas de idade. No entanto, apesar de as causas externas terem um peso significativo no agrupamento dos óbitos brasileiros, neste mesmo ano, entre os médicos, este grupo de causas foi responsável por 8% das mortes de médicos deste estudo, sugerindo que este grupo muito provavelmente se expõe a menos riscos que os levem a mortes por injúrias acidentais (acidentes ou quedas) ou intencionais (homicídios e suicídios). Destaca-se ainda que a taxa de mortalidade bruta de médicos por causa externas também é alta quando comparada à do estado. Esta taxa foi de 18,6 para 10 mil médicos no presente estudo, enquanto foi avaliada como sendo de 8,0 para 10 mil habitantes no ano de 2003 no estado de São Paulo (Gawryszeski, 2007), ou seja, cerca de 2 vezes menor.

A violência foi a principal causa de mortes no Brasil entre pessoas de 15 a 29 anos em 2009. Entre os jovens de 15 a 19 anos este tipo de óbito respondeu por 60,3% do total, percentual que salta para 61,3% entre jovens de 20 a 24 anos e fica em 52,7% entre os de 25 a 29 anos. A partir dos 30 anos a tendência se inverte e as causas naturais passam a ser a principal razão de 60,2% dos óbitos ocorridos entre os brasileiros de 30 a 34 anos. Para aqueles entre 35 e 39 anos, as mortes violentas respondem por apenas 29,4% do total de óbitos (IBGE, 2010). Em nosso estudo, de modo diferente do que

acontece com a população geral, as causas externas são, proporcionalmente, tão importantes para as mulheres quanto para os homens, incluindo para acidentes automobilísticos e suicídio, bem como agressão, que, tipicamente, vitimam mais homens da população geral (IBGE, 2010).

Na população geral do estado, os diferenciais realmente significativos quanto à mortalidade proporcional por causas nos dois sexos ficam restritos à faixa de idade produtiva (15 a 59 anos). Nesta faixa etária, é muito importante, entre os homens, o peso relativo das causas externas (41%) e, entre as mulheres, o peso relativo das doenças não-transmissíveis (75%). A diferença entre os gêneros no ano de 2001, cerca de 62% das mortes de mulheres em idade entre 15 e 59 anos de idade ocorreu devido a neoplasias, enquanto para os homens esta proporção foi menor- apenas 18% das mortes nesta faixa etária (Nogueira, 2004). Em nosso estudo, a maior parte das jovens médicas morreu em decorrência de causas externas (até os 40 anos), a partir daí, até os 70 anos, são as neoplasias que levam à morte mais de 40 % delas. No caso dos médicos homens em idade produtiva, as causas externas são a principal causa de morte até os 39 anos, e então perdem a primeira colocação para as DAC's seguidas das neoplasias.

No estado de São Paulo, as doenças do aparelho respiratório, circulatório e as neoplasias apresentam taxas mais elevadas entre a população de 60 anos e mais. As neoplasias e os óbitos por doenças do aparelho respiratório aumentaram, enquanto os decorrentes do aparelho circulatório reduziram entre 1980 e 2000. No grupo etário feminino de 30 a 49 anos, as principais causas de morte no ano 2000 foram as neoplasias de mama e do colo do útero. Dos 7.551 óbitos femininos desse grupo de causas, cerca de 30% corresponderam às neoplasias da mama e 18,2% às do colo do útero (SVS, 2004). O câncer de mama acometeu a mesma proporção de mulheres médicas na década quando comparadas às mulheres da população geral. No entanto, o segundo tipo de câncer mais fatal entre as médicas foi o de intestino, que contribuiu com 11% das mortes por neoplasias entre médicas no período de 2000 a 2009. A morte por câncer de colo de útero atingiu apenas 5% das que morreram por neoplasias, o que pode refletir diagnóstico mais precoce do mesmo entre as médicas e tratamento em estágios iniciais da doença. Ao mesmo tempo, pode sugerir que a prevenção do tumor de intestino não esteja sendo adequadamente realizada para as médicas e, eventualmente, por uma questão cultural, para a população feminina como um todo.

Machado (1997) em uma pesquisa nacional mostrou que em 1996 as principais causas de morte de médicos foram as doenças cardiovasculares (40%), as neoplasias

(30%), as causas externas (12%), as doenças do aparelho respiratório (9%), as doenças do aparelho digestivo (4%) e outras doenças (6%). Vale assinalar que em relação às causas externas (12% das mortes) os homicídios representaram 5%; os suicídios, 5% e a morte por afogamento, 2%. Nesta mesma época, a população geral brasileira morria de DAC's (27,5%), neoplasias (12,7%), causas externas (12,5%) e doenças do aparelho respiratório (9,3%). No ano de 2000, em nosso estudo, 35% do total de médicos morreram de DAC's e 27% de neoplasias, 10% por causas externas e 8% por doenças respiratórias, corroborando com os achados de Machado (1997) para os médicos brasileiros, 4 anos antes.

Tem sido descrito na literatura médica alta prevalência de suicídios, depressão, uso de substâncias psicoativas, estresse e *burnout* em médicos, bem como altos índices de estresse e depressão em residentes de medicina. Estudo sobre a mortalidade em médicos realizado na Inglaterra mostrou que as principais causas de morte são suicídio, cirrose hepática e acidentes (Edwards et al, 2002). Ao contrário, em nosso estudo, todas as doenças alcoólicas do fígado levaram à morte apenas 27 médicos em uma década. No entanto, a taxa de mortalidade por suicídio foi de 3,5 por 10.000 médicos em uma década, enquanto na população geral brasileira esta taxa é de 3,8 para cada 100.000 habitantes, sendo cerca de 4 vezes maior no sexo masculino (IBGE, 2010), ao contrário do que ocorre entre os médicos. Vale destacar que a taxa de mortalidade por suicídio varia entre os países (Redaniel, et al, 2011) e, no Brasil, entre os estados e ano a ano (Lozada et al, 2009), mas não chega a ser tão alta quanto a dos médicos.

A questão do suicídio entre os médicos deve ser considerada com atenção, visto que possivelmente é um reflexo da melhor habilidade técnica na decisão de como proceder para provocar a morte eficazmente, evidenciando, talvez, um maior sucesso nas tentativas. Uma metanálise sobre o suicídio entre os médicos de diversos países do mundo evidenciou razões de chance mais elevadas de suicídio entre os médicos, sendo a discrepância entre estes profissionais e a população geral maior quando se considera a estratificação por gêneros: mulheres médicas se suicidam muito mais do que as mulheres de outras profissões. No entanto, os autores da metanálise destacam a possibilidade desta taxa elevada de suicídio entre médicas ser decorrente do viés de publicação, ou seja, apenas países que notaram esta discrepância de taxas teriam publicados os dados (Schernhammer & Colditz, 2004).

Destaca-se ainda que é muito complicado comparar taxas de mortalidade bruta entre a população geral e a população de médicos, visto que a distribuição etária destes

dois grupos é bem distinta e o crescimento populacional anual dos médicos é quase 3 vezes maior do que o da população geral. Assim, apesar de a taxa de mortalidade bruta dos médicos (2,5/1000) aparentar ser menor que a da população geral (6/1000), ela não foi ajustada por faixas etárias e reflete a desproporção do crescimento da população de médicos quando comparado à população geral. Enquanto o crescimento populacional dos médicos entre 2008 e 2009 foi de 3,7%, o crescimento da população geral brasileira foi de 1,4% (WHO, 2009). Além disso, médicos passam a fazer parte da população de médicos, geralmente, durante a terceira década de vida apenas.

Entender a expectativa de vida dos médicos exigiria compreensão exata da distribuição etária dos médicos inscritos ano a ano e acompanhamento de coorte de um grupo inscrito no mesmo anos para estimar a prevalência de vivos e mortos ano a ano. No entanto, podemos fazer uma comparação muito limitada entre idade média de morte dos médicos e os dados de expectativa de vida da população geral disponibilizados pelo IBGE (2010). Sabe-se que no Brasil o sexo masculino apresenta, em qualquer faixa etária, taxa de mortalidade mais elevada e, justamente por isso, goza de menor esperança de vida ao nascer, em comparação com o sexo feminino (Nogueira, 2004). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) em 1980 a esperança de vida das mulheres era de 65,7 anos e em 2009 passou para 77,0 anos. Para os homens a expectativa de vida avançou de 59,6 anos para 69,4 anos no mesmo período. O aumento na esperança de vida é algo esperado. O avanço da escolaridade, do sistema de saúde e das redes de saneamento básico foram fundamentais para elevar a esperança de vida do brasileiro, que passou de 62,5 anos em 1980 para 73,1 anos em 2009, o equivalente a 73 anos, dois meses e um dia. A esperança de vida no Brasil, especialmente das mulheres, se aproxima mais da dos países socialmente desenvolvidos e se afasta da dos países em desenvolvimento (IBGE, 2010).

No presente estudo, chama-nos a atenção o fato de a idade de morte das mulheres médicas ser bem inferior à dos homens. Este é um dos principais dados deste estudo e leva à necessidade de reflexão sobre o estilo de vida destas mulheres. Estariam os compromissos profissionais e o papel de mãe chegando a um ponto insustentável, refletindo-se no desenvolvimento de neoplasias decorrentes do estresse, visto que a maior parte das mortes ocorre na faixa de 50 a 59 anos e são decorrentes de neoplasia? Neste caso, seria preciso elaborar publicações a serem distribuídas e debatidas com professores de escolas médicas, a fim de estimular hábitos saudáveis e *coping* para lidar com o estilo de vida estressante, desde o período da graduação, bem como promover

medidas de diagnóstico precoce para as causas mais frequentes de mortalidade (especialmente neoplasias).

No entanto, este resultado pode refletir apenas o descompasso entre a distribuição etária dos médicos de acordo com o gênero, refletindo a entrada recente das mulheres na profissão. Como as mulheres começaram a ocupar fatia substancial das cadeiras das escolas médicas apenas após a década de 60, certamente a idade média das médicas registradas no CREMESP hoje é menor do que a homens e a estrutura etária destes dois grupos é bem diferente, como já foi identificado entre os médicos do Brasil como um todo (Scheffer et al, 2011). De fato, a idade média das médicas em atuação no estado de São Paulo é por volta de sete anos menor que a dos médicos (precisamos especificar).

No entanto, a baixa idade média de morte das médicas e o disparate entre mulheres e homens neste grupo, seguindo tendência oposta à da população geral, já havia sido recentemente descrita para uma amostra de 252 médicos falecidos em Santa Catarina entre os anos de 1996 e 2008. Neste grupo, a idade média de morte foi de 58 anos, sendo que as mulheres médicas morreram cerca de 13 anos antes dos homens médicos (Pompermaier, 2011). Na Polônia o mesmo ocorre e a média de idade de morte das médicas polonesas é bem menor que da população geral (Zielinki, 2010). Entretanto, em nosso estudo preferimos supor que a baixa idade média de morte das médicas seja um reflexo da desigualdade da estrutura etária, quando comparados médicos e médicas do estado ou médicas com mulheres da população geral, como já proposto por Khaw (1997). O mesmo elemento pode ter contribuído para as diferenças nos estudos supra-citados, assim, é preciso replicar estudos semelhantes a este num horizonte temporal de duas ou três décadas para afirmar, de modo seguro, que a expectativa de vida das médicas seja diferente da de médicos. O que temos, em suma, são grupos não comparáveis entre si.

Além disso, vale destacar que as taxas de mortalidade dos médicos do estado de São Paulo, apesar de muito mais baixas do que da população geral, se assemelham às dos médicos japoneses (Araki et al, 1986) e suecos (Svärdsudd et al, 2002).

No entanto, médicos não necessariamente apresentam taxas de mortalidade menores do que outros grupos profissionais. Por exemplo, um estudo japonês mostrou que todas as causas de morte em médicos com idades entre 25 e 64 anos foram significativamente maiores do que a de trabalhadores administrativos. Em ambos os grupos (médicos e empregados do setor administrativo), a taxa de mortalidade foi

menor do que a do grupo de pessoas desempregadas. Estes achados indicam que a baixa taxa de mortalidade dos médicos reflete mais o status socioeconômico deste grupo, mas não necessariamente o estilo de vida mais saudável, sendo simplesmente o efeito do “trabalhador saudável” (Araki et al, 1986). Por outro lado, Shin et al (2005) defende que a taxa de mortalidade dos médicos na Coréia do Sul é a metade da taxa de mortalidade da população geral principalmente devido aos menores índices de tabagismo neste grupo e comportamentos mais saudáveis.

A taxa de mortalidade de médicos dinamarqueses também é menor do que a da população geral deste país. No entanto, um estudo de mortalidade de 21943 médicos na Dinamarca evidenciou taxas de mortalidade maiores e em idades anteriores para mulheres médicas quando comparadas às dos homens médicos. Apesar de menor mortalidade neste grupo de profissionais, as taxas de suicídio (especialmente por envenenamento) chocavam pelo excesso em relação à população geral (Juel et al, 1990).

A despeito da inadequação de se estimar a expectativa vida de médicos de acordo com a idade média de morte neste período de dez anos (especialmente para as mulheres médicas), é possível imaginar que a prática médica no Brasil tem se tornado cada vez mais difícil devido a um conjunto de fatores que têm produzido um aumento do estresse do médico. Alguns dos fatores que pressionam os médicos e que podem estar influenciando na qualidade e expectativa de vida destes profissionais, além da natureza já estressante da profissão, são a presença dos convênios médicos que oferecem baixa a remuneração pelas horas de trabalho, a criação incessante de novas escolas médicas, levando ao aumento do número de profissionais e aumento da competição entre os médicos, a necessidade constante de atualização devido ao acelerado desenvolvimento de novos recursos diagnósticos e terapêuticos e a promulgação de novas normas e leis que favorecem o aumento do número de processos na esfera judicial (Nogueira- Martins & Nogueira-Martins, 1998).

Apesar das peculiaridades do estilo de vida médico, estudos sobre a causa de morte de médicos no Brasil não são comuns. Um dos poucos artigos jornalísticos sobre o tema enfatiza que “há muitos casos de mortes em plantões” e sugere que estudos sobre a mortalidade dos médicos estão sendo realizados. Embora sem dados divulgados, esta reportagem garante as causas mais frequentes de morte de médicos em Maceió são morte-súbita, infartos e AVC's. Um das hipóteses dos autores é a sobrecarga de trabalho dos médicos e o aumento da mortalidade em virtude do estresse e péssimas condições de trabalho, hábitos alimentares inadequados, falta de prática esportiva,

pouco lazer e férias. Segundo eles, "os médicos não costumam consultar outro colega (especialista em outra área) e adotam o ditado: faça o que eu digo e não faça o que eu faço" (Diário de Natal, 25/08/2009, acessado em 04/03/2012 em http://www.diariodenatal.com.br/2009/08/25/brasil1_1.php).

A partir deste trabalho sugere-se que seja necessário estimular hábitos adequados de saúde e prevenção de doenças entre os médicos, buscando informar e sensibilizar este grupo de profissionais para a questão do estresse laboral e dos riscos ocupacionais. Uma sugestão de atuação seria o oferecimento de uma rede de apoio em âmbito nacional, para prover assistência à saúde do médico, estimulando os exames de rotina para a detecção precoce de neoplasias e técnicas de primeiros socorros para eventos cardiovasculares. Além disso, é importante que sejam realizadas pesquisas periódicas sobre a morbi-mortalidade e a qualidade de vida dos médicos, visando ao desenvolvimento de medidas preventivas e modelos assistenciais adequados a este grupo.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Destaca-se que só foram inseridas nas análises as declarações de óbitos de sujeitos cujo campo "ocupação" apontou que eram médicos, podendo haver casos de médicos que não foram notificados devidamente neste campo. O fato do estado de São Paulo ser um polo de treinamento em nosso país, sendo que muitos estudantes vem para cá com intuito de cursar a faculdade ou fazer a residência pode ter inflado o denominador, para fins de cálculo de taxa de mortalidade, sem que estes médicos permaneçam no estado por tempo significativo. Além disso, a causa de morte foi considerada como a declarada pelo médico atestante, sem verificação de sua adequação. Por fim, outra grande limitação foi a impossibilidade de se ajustar as taxas de mortalidade pela idade dos médicos cadastrados no conselho, ano a ano. Em que pese tais limitações, nossos dados sugerem a continuidade desta observação ao longo das décadas, a fim de traçar políticas preventivas adequadas a esta população.

Referências:

Araki S, Murata K, Kumagai K, Nagasu M. Mortality of medical practioners in Japan: social class and the "healthy worker effect". *American Journal of Industrial Medicine*, 10(1): 91-9, 1986.

Aasland OG, Hern E, Haldorsen T, Ekeberg O. Mortality among Norwegian doctors 1960-2000. *BMC Public Health* 11:173, 2011.

Arcanjo HR, Silva AC, Miranda PSC, Pinheiro TMM. Estudo da morbi-mortalidade entre médicos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Considerações especiais sobre o suicídio neste grupo de trabalhadores. *Rev Med Minas Gerais* 2000; 10:72-7.

Edwards N et al. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ*; 324:835-838, 2002.

Gawryszeski VP. Injury mortality report for São Paulo State, 2003. *São Paulo Medical Journal*, 125(3): 139-143, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. *Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010, 56p.

Juel K, Mosbech J, Hansen ES. Mortality and cause of death among Danish physicians 1973-1992. *Ugeskr Laeger*. 159(44):6512-8, 1997.

Khaw KT. Which doctors die first? Lower mean age at death in doctors of Indian origin may reflect different age structures. *BMJ*, 314(7087):1132, 1993.

Lozada EM, Mathias TA, Andrade SM, Aidar T. Data on mortality from external causes and events of undetermined intent, Paraná State, Brazil, 1979 to 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1): 223-8, 2009.

Machado MH. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

Mathers CD, Mafat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bul World Health Organ* 83:617–25, 2005.

Mello-Jorge MHP, Laurenti R, Gotlieb SL. Quality analysis of Brazilian vital statistics: the experience of implementing the SIM and SINASC systems. *Ciência & Saúde Coletiva* 12:643–54, 2007.

Mello-Jorge, MHP; Gawryszewski, VP; Latorre, MRDO. Análise dos dados de mortalidade. *Revista de Saúde Pública*, 31 (4 Suplemento): 5-25, 1997.

Mendonça FM, Drumond E, Cardoso AMP. Problemas no preenchimento da declaração de óbito: estudo exploratório. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 27(2): 285-295, 2010.

Ministério da Saúde. *Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Brasília: Ministério da Saúde: FUNASA- Fundação Nacional de Saúde, 2001, 36p.

Murray CJL, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *The Lancet* 349:1269-1276, 1997.

Nogueira-Martins LA, Nogueira-Martins MCF. O exercício atual da medicina e a relação médico-paciente. *Rev Bras Clin Terap* 1998; 24(2):59-64

Nogueira, RP. Mortalidade por três grandes grupos de causas no Brasil. *Políticas Sociais-Acompanhamento e Análise* 9, 139-145, 2004.

Pompermaier, JA. Mortalidade de Médicos em Santa Catarina. *Revista do CREMESC* 114: 8-11, 2011.

Redaniel MT, Lebanan-Dalida MA, Gunnell D. Suicide in the Philippines: time trend analysis (1974-2005) and literature review. *BMC Public Health*, 6;11:536, 2011

Secretaria de Vigilância em Saúde/ MS. Saúde Brasil 2004 – Uma análise da situação de saúde. Cap 3. *Evolução da Mortalidade no Brasil*. Brasília – DF Maio, 2004. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capitulo3_sb.pdf . Acesso em 05/03/2012.

Sheffer M, Biancarelli A, Cassenote, A. *Demografia Médica no Brasil: Dados gerais e descrições de desigualdades*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011, 118p. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf acessado em 08/03/2012.

Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry* 161: 2295-2302, 2004.

Shin YC, Kang JH, Kim CH. Mortality among medical doctors based on the registered cause of death in Korea 1992-2002. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 38(1): 38-44. 2005.

Svardsudd K, Wedel H, Gordh T. Mortality rates among Swedish physicians: a population-based nationwide study with special reference to anesthesiologists. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 46(10):1187-95, 2002.

WHO- *World Health Statistics 2009*. Geneva: World Health Organization, 2009, 144p. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS09_Part2.pdf acessado em 05/03/2012.

Zielinki J. Does medical practice make life shorter? *Przegl Lek*, 67(12):1340-1, 2010.